



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão

Rita Sofia Pinto Lourenço

Orientação: Prof. Doutor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão

Rita Sofia Pinto Lourenço

Orientação: Prof. Doutor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental de Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

RESUMO

Introdução: As alterações de humor na adolescência são frequentes e implicam diversos fatores causais. Destaca-se que esta é uma fase na qual existem dificuldades nas relações interpessoais, nomeadamente no que respeita à resolução de conflitos e problemas.

Metodologia: O presente relatório, foi desenvolvido a partir da elaboração de um projeto na área da depressão na adolescência, tendo para tal sido utilizada a Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo EESMP. Pretendeu-se desenvolver um estudo com uma metodologia quantitativa, descritiva e correlacional para avaliação da depressão e ambiente familiar.

Objetivos: Pretendeu-se descrever as aprendizagens realizadas ao longo do estágio, bem como ao longo do curso. Também se encontram devidamente descritas as etapas de elaboração do projeto.

Resultados e Conclusões: O projeto foi realizado nas fases concetual e metodológica. Salienta-se o acréscimo de conhecimentos, quer teóricos, quer clínicos, adquiridos pelo desenvolvimento do estágio e do projeto, dos quais emergem as competências de Mestre em Enfermagem e EESMP.

Palavras Chave: Terapia de Resolução de Problemas; Adolescente; Depressão

ABSTRACT

Introduction: Mood changes in adolescence are frequent and involve several causal factors. It should be emphasized that this is a phase in which there are difficulties in interpersonal relations, in particular with regard to the resolution of conflicts and problems.

Methodology: This report was developed from the development of a project in the area of depression in adolescence, having used the Problem Resolution Therapy applied by the Nurse Specialist in Mental and Psychiatric Health. It was intended to develop a study with a quantitative, descriptive methodology for evaluation of depression and family environment.

Objectives: It was intended to describe the learning carried out during the internship, as well as throughout the course. The stages of project design are also duly described.

Results and Conclusions: The project was carried out in the conceptual and methodological phases. It is important to highlight the knowledge acquired, both theoretical and clinical, acquired through the development of the stage and the project, from which emerge the competences of Master in Nursing and Nurse Specialist in Mental and Psychiatric Health.

Key Words: Problem Solving Therapy; Adolescent; Depression

ÍNDICE DE APÊNDICE E ANEXOS

	Pg.
APÊNDICES	180
APÊNDICE I - Inventário de Depressão de Beck	181
APÊNDICE II – Guião de Depressão	187
APÊNDICE III – Entrevista Clínica Estruturada para os Episódios de Humor	208
APÊNDICE IV – Manual do Enfermeiro para Adolescentes	215
APÊNDICE V – Manual do Enfermeiro para Pais	324
APÊNDICE VI – Manual para Adolescentes	417
APÊNDICE VII – Manual para Pais	529
APÊNDICE VIII – Questionário Sociodemográfico	580
APÊNDICE VIX – Panfleto do Projeto	583
APÊNDICE X – Apresentação do Projeto CRP-A/P	586
APÊNDICE XI – Grelha de Avaliação das Sessões	598
APÊNDICE XII – Consentimento Informado	601
APÊNDICE XIII – Artigo de Investigação	605
APÊNDICE XIV – Termómetro das Emoções e Detetor das Emoções	610
APÊNDICE XV – Plano de Sessão das Atividades	612
ANEXOS	627
ANEXO I – Guia de Acolhimento	628
ANEXO II – Programa de Atividades da UP	631
ANEXO III – Family Environment Scale	633
ANEXO IV – Autorização para a utilização da escala e BDI – II e do Programa CWD-A	636
ANEXO V – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde do CHPL	641

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro	Título	Pg.
1	Cronograma de Atividades de Planeamento do Projeto	82
2	Explicação alusiva ao planeamento das sessões do projeto CRP-A/P	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	
1	Disposição dos serviços de internamento do CHPL	66
2	Análise SWOT para a realização do diagnóstico da situação	74

SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
A3ES	Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
AO	Assistente Operacional
BDI - II	Inventário de Depressão de Beck II
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CHPL	Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRP-A/P	Comunicação e Resolução de Problemas em Adolescentes e Pais
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i> / Anos de vida ajustados à incapacidade
DGS	Direção Geral de Saúde
DL	Decreto Lei
DSE	Dotações Seguras em Enfermagem
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECT	Electroconvulsoterapia
EE	Enfermeiro Especialista
EESMP	Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica
EOE	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
ESM	Enfermagem de Saúde Mental
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
EESMP	Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica
FDA	<i>Food and Drugs Administration</i>
FES	<i>Family Environment Scale</i>
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
HBSC	<i>Health Behaviour in School – Aged Children</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIS	Projeto de Intervenção no Serviço
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPS	Solução de Problemas Sociais
TADS	<i>Treatment of Adolescents Depression Study</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TORDIA	<i>Treatment of Resistant Depression in Adolescents</i>
TRP	Terapia de Resolução de Problemas
UC	Unidade Curricular
UP	Unidade Partilhada
YLD	<i>Years lived with disability</i> / Anos vividos com incapacidade

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	7
1. PERTURBAÇÕES DE HUMOR NA ADOLESCÊNCIA	10
1.1 - A Depressão na Adolescência: Apresentação Clínica	11
1.2 - Os Transtornos Depressivos no Mundo e em Portugal: Análise Epidemiológica	15
1.3 - Etiologia e fatores de risco da depressão	19
1.4 - Tratamento da depressão na adolescência	23
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO ADOLESCENTE COM DEPRESSÃO: TERAPIA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	31
2.1 – Resolução de Problemas: Contextualização Histórica	32
2.2 - Definição e Conceitos Principais do Modelo Teórico de Solução de Problemas Sociais	34
2.3 – Resolução de Problemas nos Transtornos Psicológicos: Depressão	39
2.4 - O Processo de Resolução de Problemas e a Enfermagem	45
3. A TEORIA DOS SISTEMAS DE NEUMAN E A DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: REFERENCIAL TEÓRICO	56
3.1 – O Modelo de Sistemas de Neuman	56
3.2 – Teoria dos Sistemas e a Depressão na Adolescência: Fundamentação pelo referencial teórico	60
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS PARA ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO E PAIS	62
4.1 – Caracterização do Contexto de Cuidados: O Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa e a Unidade Partilhada	62
4.2 – Diagnóstico da Situação	72
4.3 – Definição de Objetivos do PIS	75
4.4 – Seleção de Estratégias do PIS	76
4.5 – Planeamento do PIS	81
4.6 – Execução, Avaliação e Divulgação do PIS	93
4.7 - Considerações Éticas	96
5. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NO RAMO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	98
5.1 – Análise do desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	99
5.2 – Análise do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica	112
5.3 - Análise do desenvolvimento das Competências de Mestre em Enfermagem	153
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167

0. INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Relatório encontra-se inserida no terceiro e último semestre do plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Associação no Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que decorreu na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

No âmbito desta UC, como processo de ensino-aprendizagem, foi proposto a construção de um relatório de estágio, como forma de analisar as atividades e experiências desenvolvidas, sob um olhar crítico e reflexivo, e assim demonstrar através de resultados práticos, as competências desenvolvidas (Cerqueira, Gomes, Leal, & Nunes, 2014).

Cerqueira et al. (2014, p. 32) definem Relatório como “um trabalho escrito, no qual o estudante faz o relato e análise do processo de ensino – aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos (de natureza hospitalar e/ou comunitária) balizadas por um período temporal, constituindo-se como instrumento de aprendizagem e simultaneamente como instrumento de avaliação”. Casanova (2008), acrescenta que este método possibilita a descrição objetiva do que se observou, viu e analisou numa determinada área, isto é, promove a síntese da ação de um campo de estágio.

Com base nesta perspetiva, o presente relatório, foi desenvolvido a partir da realização de um projeto de intervenção em serviço (PIS), que decorreu na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos (UP) do Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), sob a orientação do Professor Doutor Enf. Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) Jorge Almeida e do Mestre EESMP Bruno Romão da UP, bem como do desenvolvimento de competências de ordem clínica no âmbito da Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre em Enfermagem. O estágio decorreu entre 24 de setembro de 2018 e 21 de janeiro de 2019, tendo sido cumprida a totalidade de horas de contato previstas pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio do Diário da República, o que corresponde a uma média semanal de aproximadamente de vinte e quatro horas de prestação de cuidados.

Tendo por base o que é referido no Regulamento 515/2018, no qual se encontram inscritas as Competências Específicas do EESMP, “os cuidados de enfermagem, [...] têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”, sendo

o papel do Enfermeiro prestar cuidados a todos aqueles que se encontrem “a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental” de modo a diminuir consideravelmente o seu nível de incapacidade. (OE, 2018, p.21427).

No sentido de ir ao encontro do que está preconizado no Regulamento acima mencionado, bem como no Decreto Lei (DL) nº 63/2016 de 13 de setembro e no Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (A3ES, 2014), destaca-se que a concretização deste relatório apresentou como objetivo geral descrever as aprendizagens realizadas ao longo do estágio, bem como ao longo do curso, de modo a adquirir competências de EESMP e de Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos do relatório, definiu-se:

- Descrever o enquadramento teórico no qual o projeto desenvolvido se encontra fundamentado;
- Apresentar as etapas para a elaboração e desenvolvimento do PIS;
- Analisar, detalhadamente, as aprendizagens adquiridas relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de EESMP;
- Analisar, de forma abrangente, as competências de Mestre em Enfermagem desenvolvidas.

A elaboração do presente PIS, foi constituído tendo em conta metas e atividades a desenvolver na área da depressão na adolescência, particularmente ao nível das competências de âmbito psicoterapêutico desenvolvidas pelo EESMP, sobressaindo a Terapia de Resolução de Problemas (TRP). Pretendeu-se, para além de se perspetivar uma atuação que visasse a procura pela excelência dos cuidados prestados e com base na reflexão constante, tendo em consideração o contexto de estágio em que se esteve incluído, desenvolver uma das principais linhas de investigação propostas para o ramo da ESMP, as “Necessidades em cuidados de Enfermagem em Populações Específicas”.

Deste modo, do produto final deste estágio e considerando os aspetos referidos anteriormente, emerge então um relatório constituído por cinco capítulos: o primeiro que aborda as perturbações do humor da adolescência e faz uma análise inclusiva acerca da psicopatologia, da epidemiologia, etiologia e tratamentos desta entidade nosológica; o segundo que encerra em si as intervenções de enfermagem na depressão de adolescentes, com especial ênfase na TRP e no seu enquadramento face ao processo de enfermagem; o terceiro, no qual é realizada uma abordagem primeiramente teórica acerca da Teoria de

Sistemas de Neuman e que posteriormente a enquadra no PIS desenvolvido; o quarto, que desenvolve de forma detalhada todas as etapas e procedimentos envolvidos na elaboração do PIS; e por fim o quinto, no qual de forma tripartida, são apresentadas de um modo descritivo e reflexivo as aprendizagens e atividades desenvolvidas, com vista a adquirir as competências de EE, comuns e específicas, bem como as competências de Mestre.

Para finalizar, serão realizadas considerações finais onde irão ser sintetizadas as aprendizagens adquiridas. Pretende-se avaliar os objetivos traçados no início do relatório através de uma reflexão das competências conseguidas, dando especial destaque ao enriquecimento pessoal que o Mestrado, de forma global, e em particular o estágio, teve para o mestrando.

Importa referir que este trabalho académico segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association*, na sua 6ª edição e do novo acordo ortográfico português.

1. PERTURBAÇÕES DE HUMOR NA ADOLESCÊNCIA INDIVÍDUO

É reconhecido que o desenvolvimento psicossocial de um indivíduo é único e é escusado querer aplicar a todos o mesmo modelo, uma vez que a adolescência é um processo constituído por inúmeras variáveis (biológicas, psicológicas, sociais), que alternam consoante o desenvolvimento e o crescimento de cada jovem. Ademais, há que ter em conta a idade em que se inicia e termina a adolescência, que os aspetos emocionais e intelectuais podem não ocorrer num continuum podendo sofrer períodos de retrocesso, a possível exposição a stressores e que as especificidades inerentes a cada sexo, etnia, religião, ambiente socioeconómico e educacional (Hazen, Schlozman, & Beresin, 2008; Pumariega & Joshi, 2010), podem ser fatores desencadeantes de alterações no processo de desenvolvimento dos jovens.

Todas estas possíveis alterações nesta fase de transição entre a infância e a vida adulta denominam-se de “crise de identidade”. A identidade é o conjunto de crenças, conceitos e perceções que uma pessoa tem relativamente a si próprio e é produzida ao longo da vida, desde o nascimento, através da compreensão da criança sobre as apreciações e exteriorizações afetivas que outras pessoas têm em relação a ela. Neste sentido, o adolescente vai conquistando uma identidade pessoal e uma identidade de grupo, sendo que esta última lhe dá a sensação de pertencer a um conjunto com atributos específicos. Assim, considerando o modo como o jovem incorpora as vivências ocorridas nesta fase da vida, pode desencadear, de entre outros fatores, problemas ao nível psicopatológico, destacando-se em particular a depressão (Teodoro, 2010).

Todas as pessoas se sentem tristes ou deprimidas alguma vez, contudo, estes sentimentos passam com o tempo. Experimentar tristeza ou ter um humor deprimido, surge como uma reação a eventos ocorridos no quotidiano, sendo considerado uma resposta normal e natural do ser humano (Townsend, 2011).

Define-se humor como um sentimento generalizado, vivenciado de forma interna e que influencia o comportamento e a perceção do mundo para a pessoa. Já o afeto é a expressão externa do estado de humor. Os estados de humor variam desde o elevado, ao deprimido ou normal (eutímico), considerando-se que pessoas normais consigam variar os seus estados de humor através de um vasto repertório de estados afetivos. Já indivíduos com psicopatologia do foro humoral, estão sujeitos a alteração ao nível da elevação do

humor (mania) ou diminuição persistente do mesmo, associado a um sofrimento intenso, com prejuízo da sua funcionalidade em variados níveis (Saraiva & Cerejeira, 2014).

1.1 - A Depressão na Adolescência: Apresentação Clínica

Durante muito tempo, a depressão em crianças e adolescentes foi subvalorizada, chegando mesmo a acreditar-se que a mesma era muito rara ou até mesmo que não existia. No entanto, atualmente a depressão apresenta uma elevada prevalência, estando também reconhecida com uma das principais causas de morbilidade nesta população. Devido à frequência com que a depressão se apresenta, salienta-se a importância desta entidade nosológica como fator contributivo para o risco de suicídio (Queiróz, 2014).

Nesta faixa etária estes períodos com alterações de humor são particularmente frequentes, não podendo, apesar de tudo ser motivo para serem sempre equiparados a uma depressão. Esta patologia do foro psiquiátrico, acomete um caráter perseverante e invasivo, acabando por influenciar o funcionamento dos indivíduos, bem como a sua experiência interna. Associado a isto, esta patologia surge também acompanhada de diversas outras manifestações clínicas, sobressaindo para além do humor triste e/ou irritável, a perda de interesse pelas atividades habituais, a perda de energia e fadiga. Pelas marcadas alterações que promove, a depressão é causadora de fortes alterações do desenvolvimento do adolescente, interferindo no percurso social e académico, culminando em dificuldades na obtenção de competências (American Psychiatric Association - APA, 2014; Queiróz, 2014).

Tanto o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5) como a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10) apresentam os mesmos critérios de diagnóstico para as perturbações depressivas nos adultos e adolescentes, apesar de o CID-10 fazer referência às apresentações clínicas mais atípicas na adolescência (APA, 2014; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2016).

Os adolescentes apresentam uma sintomatologia mais aproximada da do adulto comparativamente com as crianças e jovens, sendo esta mais interiorizada (Breton et al., 2012). Desta forma têm tendência a expor a sua forma de estar através de aspetos mais comportamentais, como a agitação ou inquietação motora, bem como através de manifestações de raiva e agressividade, falta de atenção e concentração ou até mesmo

enurese e ecoprese (Saraiva & Cerejeira, 2014). Podem ainda ser encontradas queixas a nível somático, ansiedade e até mesmo fobias (Queiróz, 2014).

Sendo o DSM 5 a referência utilizada para o diagnóstico de doenças psiquiátricas, salienta-se que os critérios definidos seguidamente estão de acordo com este Manual. Este refere que os transtornos depressivos são um grupo de doenças psiquiátricas, todas caracterizadas por disforia (principalmente tristeza ou irritabilidade). Elas são: Distúrbio depressivo major (ou Depressão Major Unipolar), Distúrbio disruptivo da desregulação do humor, Distímia (Distúrbio Depressivo Persistente), Depressão Menor, Distúrbio depressivo devido a outra condição médica, Distúrbio depressivo induzido por drogas, Distúrbio disfórico pré-menstrual, outro Distúrbio depressivo especificado e Distúrbio depressivo não-especificado (APA, 2014).

De todos estes subtipos de interesse, nesta abordagem importa falar especificamente do distúrbio depressivo major. Este caracteriza-se pela presença de um episódio de depressão grave associado a cinco (ou mais) dos sintomas abordados posteriormente num período de duas semanas, sendo pelo menos um deles o humor deprimido ou a anedonia (falta de prazer). Adicionalmente deve causar um sofrimento significativo ou trazer consequências no funcionamento pessoal, social, ocupacional ou profissional do indivíduo e o quadro clínico não ser imputável a efeitos de qualquer substância ou a outra condição médica. Não deverá ainda ser explicado por outro transtorno como a esquizofrenia e não pode existir historial prévio de mania ou hipomania (APA, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Neste sentido, salientam-se os seguintes sintomas (APA, 2014; Queiróz, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014):

- Humor depressivo – Esta é a característica cardinal do episódio depressivo major. No adulto o humor é maioritariamente triste, interferindo com a capacidade funcional, referindo o indivíduo que se sente “vazio” e sem esperança, existindo dificuldade em distrair-se do sofrimento. São poucos aqueles que não apresentam humor deprimido (10%), podendo apresentar apatia ou ausência de tristeza. No entanto, na população adolescente, o indivíduo sente-se triste, mas ao mesmo tempo apresenta-se disfórico: humor persistentemente irritável em cerca de 80% dos indivíduos deprimidos, expressado como incómodo ou frustração, mau humor, podendo ter reações agressivas com as pessoas com quem se relaciona e estando muito sensível aos estímulos negativos.

- Anedonia – É caracterizada pela incapacidade de sentir prazer em atividades que anteriormente eram consideradas gratificantes. A desmotivação e a apatia que os adolescentes apresentam promovem um desinvestimento generalizado não só ao nível das relações interpessoais (pais e pares), mas também relativamente às atividades de vida (escola e grupais), podendo levar a conflitos com familiares ou entre pares e posteriormente ao isolamento social. É, também, a par do humor depressivo um sintoma importante no diagnóstico dos distúrbios depressivos.
- Alteração do sono – O padrão habitual de sono pode estar comprometido, podendo interferir com o funcionamento físico, mental, social e emocional do indivíduo. Muitas vezes referem que o sono foi pouco reparador e sentem-se cansados ao longo do dia. Pode-se caracterizar por insónia, hipersónia ou sono fragmentado.
- Alteração no apetite ou peso – Os adolescentes podem vivenciar hiperfagia (necessidade de comer muito), em especial hidratos de carbono e açúcares, quando deprimidos. Por sua vez, este aumento de apetite associado à diminuição da atividade física provoca aumento do peso e síndromes metabólicas. Ocorre também a perda de apetite (anorexia) e alteração do paladar, podendo levar a uma diminuição considerável de peso. Ambas, são situações potenciais de desenvolvimento de problemas ao nível das alterações da autoestima e autoimagem.
- Fadiga ou falta de energia – Também denominado de adinamia, pode ser de origem física e/ou mental. Explica-se pela dificuldade de iniciar atividades, bem como pela incapacidade de realizar as tarefas, desde as mais complexas até as mais rudimentares, como as relacionadas com as atividades de vida gerais (alimentação e higiene). Acabam por tendencialmente isolar-se, não interagindo com os outros e com o mundo. Pode ser explicado pelas alterações no padrão de sono e pela necessidade de descansar ao longo do dia. A combinação deste sintoma com o humor irritável apresentado por grande parte adolescentes pode gerar situações de conflito familiares ou interpessoais.
- Agitação ou Lentificação Psicomotora – Metade dos indivíduos adultos apresenta lentificação psicomotora, traduzindo-se esta ao nível do pensamento, do discurso e de movimentos corporais vagarosos. Apresentam também fâcies inexpressivo. Em casos graves pode até chegar ao esturpor depressivo, com mutismo e

catatonia, ficando o indivíduo alheio à realidade, emudecido e sem se alimentar. Contrariamente, derivado à ansiedade frequente a que estão sujeitos os adultos, podem apresentar situações de agitação psicomotora, estando inquietos, movimentando-se de um lado para o outro, mexendo a pernas constantemente, manipulando objetos ou esfregando as mãos. Podem coexistir no mesmo indivíduo ambas as condições. Nos adolescentes salienta-se que a agitação é geralmente referida pelos pais ou professores, referindo que não conseguem estar quietos, movendo as pernas quando estão sentados e/ou deslocando objetos constantemente. Já na lentificação o próprio indivíduo consegue reconhecer que o seu discurso está mais pausado, podendo haver alteração no timbre da voz. Também os movimentos habituais podem sofrer alterações, estando mais lentos que o habitual. Durante um episódio depressivo, do mesmo modo que no adulto, o adolescente pode começar por expressar agitação, mas com o decorrer da doença pode desenvolver um quadro de maior prostração. O contrário também pode ocorrer.

- Distorções cognitivas – Quando o indivíduo apresenta uma depressão, verifica-se uma distorção dos seus pensamentos e sentimentos. Este exhibe pensamentos e sentimentos pela negativa, tendo uma visão pessimista de si e do mundo, distorcendo a realidade, o passado e o futuro. Surgem deste modo diversos pensamentos negativos sob a forma de ruminações que incluem insegurança, medo, baixa autoestima, fracasso, ruína, inutilidade, culpa, doença grave, desesperança, morte, entre outros. Estes pensamentos auto depreciativos promovem o aumento da tendência do adolescente para isolar-se, o que pode criar conflitos nas relações interpessoais.
- Alterações Cognitivas – Face a esta situação denota-se um aumento da expressão do cansaço e do desinvestimento nas atividades escolares, que geralmente é notado pelos professores, referindo que o adolescente não está atento ou concentrado, mais distraído e que o seu pensamento parece mais lentificado, com alterações ao nível da memória, refletindo-se num pior desempenho escolar.
- Ideação suicida – Este tipo de ideia vai desde o simples pensamento, até aos planos mais elaborados e estruturados, estando presente em cerca de dois terços dos indivíduos deprimidos. Acontece com relativa frequência, mesmo nos casos mais graves, que a falta de energia e desmotivação inibem as tentativas de suicídio.

Contudo, nos primórdios do tratamento, aquando do aumento significativo da energia e motivação, mas ainda com ideação suicida presente (sintomas cognitivos negativos) verifica-se a altura de maior risco para a legitimação do plano previamente elaborado e dos pensamentos negativos. Salienta-se que em 2015 ocorreram 788.000 suicídios, representando 1,5% de todas as mortes no mundo. Ademais, na faixa etária entre os 15 e os 29 anos é a segunda causa de morte a nível global (OMS, 2017). Na adolescência, a frequência e risco associado aos comportamentos suicidários adquire uma elevada importância, verificando-se uma forte relação com a depressão (Callahan, Liu, Purcell, Parker, & Hetrick, 2012; Erse et al., 2016; Iosue et al., 2012). Este é um sinal que preocupa as famílias e suscita grande atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que o indivíduo pode consumir os comportamentos suicidários (Erse et al., 2016).

- Outros sintomas - Há ainda que referir que na depressão podem surgir alterações a nível sexual, como a diminuição da libido em ambos os sexos. Nos homens pode ocorrer disfunção erétil e nas mulheres, raramente, ocorre amenorreia. Ocorrem também queixas de nível somático, em particular queixas algicas e desconfortos físicos (cefaleia, epigastria, dor precordial, sensação de mal-estar inespecífica). Pode ainda aumentar queixas pré-existentes ou promover o aparecimento de sintomas difusos, ou queixas desproporcionadas.

1.2 - Os Transtornos Depressivos no Mundo e em Portugal: Análise Epidemiológica

Neste capítulo, será apresentada uma visão panorâmica e uma revisão crítica dos principais estudos epidemiológicos realizados em amostras populacionais representativas, com enfoque nos grandes estudos realizados a nível mundial e também a nível nacional sobre os transtornos depressivos, em particular sobre a depressão na adolescência. Adicionalmente, será apresentada uma revisão etiológica e dos fatores de risco com particular atenção sobre a temática em estudo.

Estudos epidemiológicos recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade das sociedades atuais (Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), 2008 – Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008), apresentando um

elevado impacto quer ao nível dos direitos humanos quer a nível económico (OMS, 2017). Desta análise destacam-se os transtornos depressivos, que atualmente são considerados os maiores contribuintes para os anos vividos com incapacidade (YLD) por doença não fatal. Segundo a OMS (2017), na totalidade esta patologia engloba mais de 50 milhões de anos vividos com incapacidade. Destes, cerca de 80% ocorrem em países com rendimentos baixos ou médios, sabendo-se que as taxas podem variar entre 640 YLD e 850 YLD por 100.000 habitantes nos países europeus.

Os casos de distúrbios depressivos variam segundo as várias regiões mundiais, destacando-se a região do sudeste asiática por ser a que apresenta um número maior de casos (27%), seguindo-se o oeste da região do pacífico (21%), a região mediterrânea (16%), a América (15%), a Europa e por fim a região africana (9%). Nas duas primeiras regiões há que salientar a incidência de quase metade dos casos de depressão, contudo, também é importante referir que é onde estão também os dois dos países mais populosos, a China e a Índia (OMS, 2017).

Na análise realizada pela OMS (2017), estimou-se que em 2017 o número de pessoas a viver com depressão era aproximadamente de 322 milhões, cerca de 4,4% da população mundial, tendo existido um aumento de 18,4% desde 2005. Esta diferença significativa ocorre não só pelo aumento populacional, mas também pelo aumento da incidência desta patologia psiquiátrica nos grupos etários onde ela é mais prevalente. Os dados sociodemográficos, demonstram que esta entidade nosológica apresenta um pico na idade adulta mais avançada (superior a 7,5% nas mulheres entre os 55 e os 74 anos e mais de 5,5% nos homens), atingindo também as crianças e os adolescentes. Globalmente, a depressão é mais comum nas mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%), variando também de acordo com a região (OMS, 2017).

Especificamente em Portugal, em termos comparativos, nas dez principais causas de incapacidade e que provocam maior contribuição para os anos de vida com incapacidade (DALY), cinco são perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar), ocupando os distúrbios depressivos o terceiro lugar de carga global de doença. Já em relação aos YLD, verifica-se que as perturbações mentais e do comportamento (20,55%) desempenham um papel bastante proeminente comparativamente com outras doenças crónicas, como é o caso das respiratórias (5,06%) e da diabetes (4,07%) (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - GTRH, 2015).

Segundo o relatório da OMS (2017), em Portugal foram identificados 578.234 casos de depressão, o que representa um valor aproximado de 5,7% da população. Dados superiores foram encontrados no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental elaborado por Nova (2013), onde foi identificada uma prevalência de 7,9% de casos de perturbações depressivas na população estudada, apenas excedidos a nível europeu pela Irlanda do Norte (9,6%) (nos últimos 12 meses). De acordo com o PNSM 2017, estima-se que o registo de perturbações depressivas entre utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários em 2020 possa atingir os 17%, o que por um lado pode estar associado a uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde e a maior sensibilização dos profissionais para o seu diagnóstico, mas também poderá estar relacionada com a tendência já demonstrada durante a crise económica (DGS, 2017).

Aquando da observação da dispersão geográfica, através da proporção de utentes com registo de perturbações depressivas por região de saúde em Portugal entre 2011-2016, a DGS (2017) demonstra que os dados encontrados são mais expressivos na região do Alentejo e Centro do país, encontrando-se na região do Algarve a região com menor prevalência.

Ao nível dos fatores sociodemográficos salienta-se que relativamente à ocorrência de perturbações psiquiátricas nos últimos 12 meses as mulheres apresentam um maior risco de sofrer perturbações depressivas, enquanto que os mais jovens são também mais afetados por estas entidades nosológicas (Almeida & Xavier, 2013).

No entanto, quando abordamos a entidade nosológica depressão na faixa etária da adolescência, evidencia-se que têm existido diversas alterações sobre o seu entendimento nos últimos anos. Com o desenvolvimento dos sistemas de classificação das doenças mentais, passou a ser mais fácil a compreensão desta patologia do foro psiquiátrico na fase subsequente à infância, uma vez que até há quatro décadas atrás esta era ainda considerada um mito, mesmo pelos profissionais de saúde mental (Goldman, 2012).

O estudo desenvolvido por Beardslee, Gladstone, and O'Connor (2012), identificou através de uma revisão sistemática, que em indivíduos entre 10 e 24 anos de idade os transtornos depressivos unipolares eram as doenças com maior impacto em termos de carga de doença, o que corresponde a 8,2% dos anos vividos com incapacidade (comparativamente com os acidentes de viação, com 5,4%, que são a segunda causa mais importante). Adicionalmente, salientam que a depressão atinge entre 49 e 64% dos

adolescentes que cometem suicídio, encontrando-se na terceira posição relativamente às causas de morte nesta faixa etária.

Globalmente, os dados sobre a prevalência da depressão são reduzidos, no entanto, a OMS (2017) revela valores entre os 4,5% nas raparigas e os 3% nos rapazes. No final da adolescência, os valores encontrados são semelhantes aos encontrados na população adulta, variando entre 4 a 9% dos indivíduos com um episódio depressivo durante o período de 12 meses (Goldman, 2012) e uma prevalência cumulativa de 20%, com uma taxa de recorrência de 60-70% (Callahan et al., 2012).

Dados recentes do estudo da *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) realizado pela OMS (HBSC, 2016), referem que 29% das raparigas e 13% dos rapazes de 15 anos de idade dos países europeus, mencionaram sentir-se tristes mais do que uma vez por semana.

No estudo de prevalência da depressão na Europa (*Saving and Empowering Young Lives in Europe - SEYLE*), que envolveu 12395 adolescentes de 11 países, foram encontrados níveis de depressão moderada a grave com prevalências díspares, como por exemplo na Hungria (7,1%), Espanha (8,6%), Alemanha (12,9%), França (15,4%) e Israel (19,4%) (Iosue et al., 2012). Esta disparidade de resultados deve-se em parte aos diferentes contextos culturais, sociais, económicos e religiosos em que os adolescentes se encontram inseridos (Erse et al., 2016).

Da análise sociodemográfica sobressai a forma sólida como a literatura descreve o aumento da sintomatologia depressiva nas mulheres após a puberdade, com episódios de duração e risco de cronicidade superior (Nock et al., 2013; OMS, 2014). Tal discrepância na razão não se encontra bem definida, contudo, considera-se que as alterações hormonais podem ter um papel preponderante no sentido de tornarem as adolescentes mais suscetíveis aos stressores ambientais.

Apesar de em Portugal se considerar a depressão na adolescência como um problema de saúde pública, existem poucos dados epidemiológicos nacionais. Contudo o desenvolvimento de um estudo descritivo transversal de natureza quantitativa utilizando a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), com uma amostra constituída por 741 adolescentes em meio escolar seguidos pelo Projeto + Contigo, verificou que 31,2% dos adolescentes apresentavam depressão e que desses 17,7% tinha

sintomatologia depressiva moderada a grave. Adicionalmente, os dados sociodemográficos descobertos vão ao encontro de outros estudos, na medida em que corroboram a maior prevalência e gravidade de depressão nas raparigas. Comparativamente com os dados apresentados pelo estudo de prevalência da depressão na Europa e fazendo uma associação a Portugal, considera-se que as diferenças encontradas podem ser originárias na crise socioeconómica que o país atravessava no momento da realização do estudo (Erse et al., 2016).

O HBSC com a parceria da OMS no quadriénio 2014/18, aplicado à população portuguesa, no contexto escolar a 387 turmas do ensino público do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, revelou dados preocupantes, afigurando-se estes reveladores de mal-estar e equiparando-se em algumas situações (e agravando-se noutras) aos de 1998. Sobressai que, apesar de a grande maioria dos adolescentes referir sentir-se feliz (81,7%), a percentagem de jovens que referem que se sentem tão tristes que não aguentam quase todos os dias, aumentou exponencialmente: analisando os dados desde 1998, verifica-se que nesse ano a percentagem de jovens era de 5,3%, aumentando em 2002 para 7%. Em 2006 existe uma redução expressiva para 4,6%, tornando a aumentar ligeiramente em 2010 (5%) e 2014 (5,1%). No último relatório apresentado no final de 2018 os resultados elevam-se para valores nunca antes encontrados, atingido um valor de 9,2%, não sendo, no entanto, possível estabelecer uma causa, segundo afirmam os investigadores (Matos & colaboradores, 2018).

1.3 - Etiologia e fatores de risco da depressão

Constata-se que o risco de ocorrer depressão tendencialmente aumenta desde a infância (Perou et al., 2013; Wesselhoeft, Sorensen, Heiervang, & Bilenberg, 2013), podendo o indivíduo estar desde cedo sujeito, ou não, de forma constante a diversos fatores de risco. Torna-se então importante definir o enquadramento etiológico e as especificações dos fatores de risco para a população adolescente, uma vez que o DSM 5 não apresenta este contexto definido especificamente, embora existam fatores que se sobrepõe aos dos adultos.

Sabe-se que a adolescência encerra em si alterações a vários níveis, o que associado a indivíduos mais fragilizados e que frequentemente estão em contato com outros fatores

de risco, pode conferir maior probabilidade de desenvolver transtornos depressivos (Queiróz, 2014).

Verifica-se que as alterações pubertárias, a maturação cerebral e cognitiva do indivíduo, são dos aspetos mais correlacionados com o aumento das taxas de prevalência da depressão na transição da infância para a adolescência. Ao mesmo tempo, esta elevação de taxas de incidência, com forte associação ao sexo feminino, aparenta estar mais associada às alterações hormonais, do que com a idade cronológica, predispondo o cérebro a uma maior vulnerabilidade face aos eventos stressantes (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012).

Surgem também como fatores contributivos para o desenvolvimento desta patologia a presença de estilos cognitivos ruminativos nos indivíduos do sexo feminino. Considera-se também a possibilidade de a adolescência precoce poder estar relacionada com uma maior vivência de stress psicossocial por parte destas jovens (APA, 2014; Haugaard, 2008).

A depressão apresenta-se como uma entidade nosológica de etiologia multifatorial que engloba aspetos neurobiológicos, temperamentais e cognitivos, resultado da interceção dos fatores hereditários e eventos de vida psicoafetivos decorridos no ciclo vital do adolescente, frequentemente associados à infância dos adolescentes (APA, 2014). De acordo com o CID-10, situações decorridas na fase inicial da vida, como violência, abuso, maus-tratos ou negligência, tidas como desestruturantes, podem produzir alterações de nível físico, psicológico, emocional e cognitivos, conduzindo posteriormente à psicopatologia (OMS, 2016). Ilustram-se estes aspetos pelas vivências apresentadas por adolescentes na presença de negligência ou abusos parentais, que se encontram associados a alterações ao nível do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e por sua vez promovem maior tendência para o desenvolvimento de humores depressivos associados ao stress (Hassel, McKinnon, Cusi, & Macqueen, 2011; Haugaard, 2008).

Por outro lado, as fracas interações desenvolvidas entre mãe e filho, tendencialmente podem provocar problemas de vinculação e alterações afetivas, sendo fatores precursores de depressão na adolescência (Haugaard, 2008).

Como abordado anteriormente, a presença de estilos cognitivos negativos e ruminativos apresentam a sua correlação com os fatores genéticos, temperamentais,

psicossociais entre pais e pares, bem como experiências de vida promotoras de stress (APA, 2014; Hankin et al., 2009).

No entanto, a literatura refere que o fator de risco mais relevante na depressão na adolescência diz respeito à presença, na história familiar do indivíduo, de familiares com depressão, em especial os diretos (pai ou mãe), estando definido um aumento do risco para 3 a 4 vezes (APA, 2014; Thapar et al., 2012). Sobressai, que apesar de existir uma evidente demarcação dos fatores genéticos face ao desenvolvimento de quadros depressivos, estes, de forma isolada, não apresentam capacidade suficiente para explicar esta relação (Mazza, Fleming, Abbott, Haggerty, & Catalano, 2010). O aspeto da depressão dos progenitores reveste-se de particular importância neste contexto, na medida em que proporciona modificações nas relações interpessoais da família, alterando também as dinâmicas familiares durante a adolescência. Verifica-se que nestas situações existe um aumento significativo dos conflitos entre pais e filhos deprimidos, com maior preponderância no sexo feminino (Breton et al., 2012), que associado a conflitos no seio familiar, à psicopatologia e rejeição parental, bem como ao stress a que os pais são expostos, a relação entre pais (conjugal), o estilo cognitivo (vinculação) e o clima familiar, atuam como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão (Mazza et al., 2010; Sander & McCarty, 2005).

Vulgarmente, as próprias condições económicas da família e a pressão que recai sobre os progenitores para fazer face às dificuldades financeiras, bem como sobre a família, estão associadas ao aumento da sintomatologia depressiva. No campo dos fatores de risco psicossociais podem ainda ser incluídos as relações familiares desestruturantes, o *bullying* e os maus-tratos (Mazza et al., 2010).

Constata-se que os eventos stressantes estão fortemente relacionados com o primeiro episódio depressivo, em particular nas raparigas ou em adolescentes sujeitos a um maior número de eventos negativos. Ademais, no sexo feminino quando o risco hereditário e familiar é elevado, aumenta também a sensibilidade das adolescentes perante outros fatores psicossociais (experiências de vida negativas ou conflitos familiares), expondo a elevada complexidade entre fatores genéticos e ambientais, impulsionadores da depressão na adolescência (APA, 2014; Thapar et al., 2012).

Importa ainda salientar nesta análise etiológica da depressão, alguns aspetos como as teorias biológicas e as teorias psicossociais.

Destaca-se nas teorias biológicas as relacionadas com as alterações ao nível dos neurotransmissores – monoaminas – expondo-se as hipóteses dos neurotransmissores monoaminérgicos e do recetor monoaminérgico na depressão bem como a hipótese molecular. Em oposição surgem os transtornos relacionados com os neurotransmissores não monoaminérgicos. Também são referidos na literatura os fatores neuroendócrinos, de onde ressaltam: o eixo hipotálamo hipófise suprarrenal e o eixo hipotálamo tiroideu (Saraiva & Cerejeira, 2014).

No que diz respeito às teorias psicossociais, distinguem-se principalmente dois modelos: o psicanalítico e o cognitivo-comportamental.

Diretamente correlacionado com a visão dos transtornos do humor de Freud, na qual a depressão era vista como “resultado inconsciente de impulsos sexuais e agressivos reprimidos”, o modelo psicanalítico amplificado pelos seus seguidores, associa a melancolia aos sentimentos depressivos sentidos durante o luto, isto é, consideram que a depressão causada por uma perda está relacionada com sentimentos de agressividade para com uma terceira pessoa, sendo que habitualmente essa pessoa é um dos pais. Adicionalmente, verifica-se que estes sentimentos são frequentemente direcionados para dentro do indivíduo (interiorizados), ao invés de para fora (exteriorizados), causando a depressão (Bénony, 2005; Saraiva & Cerejeira, 2014, p. 212).

Na atualidade o modelo cognitivo-comportamental de Aaron Beck é um dos mais utilizados, sugerindo que a depressão se desenvolve na interpretação incorreta que o indivíduo faz dos eventos de vida a que está exposto. Esta análise é feita de forma tripartida, apresentando o indivíduo ideias negativas sobre si próprio, sobre o mundo e sobre o futuro. A fundamentação de base desta teoria incide no modo disfuncional em que ocorrem as interpretações das experiências vivenciadas, provocando distorções negativas da realidade. As distorções cognitivas incluem diversos esquemas. Neste sentido, produzem-se significados para as avaliações realizadas pelos indivíduos que são habitualmente inferiores, embora não se verifiquem argumentos que corroborem com essa conclusão. Ao mesmo tempo, existe uma incidência seletiva num determinado assunto ou situação negativa, ignorando-se tudo o resto em prejuízo global da realidade.

Pode também ocorrer uma maximização ou minimização de uma experiência na qual se pode pensar no pior cenário possível ou, por outro lado, sobrestimar a possibilidade do mesmo acontecer. Sucede generalizar-se um acontecimento negativo e fazer-se dele regra geral, sem se ter em conta outras possibilidades ou então considera-se que a própria pessoa é o responsável pelos acontecimentos negativos, quando na realidade não é possível que o seja. Na teoria de Beck o pensamento ambivalente também decorre com relativa frequência, no qual o indivíduo experimenta as situações de forma extrema – ou preto ou branco. No modelo cognitivo-comportamental estas cognições desestruturadas são fruto de vivências traumáticas, que são reativados na presença de fatores stressantes, ocasionando esquemas cognitivos distorcidos sobre o próprio, o mundo e o futuro e que têm por base pensamentos automáticos negativos, culminando em depressão (Bénony, 2005; Saraiva & Cerejeira, 2014).

1.4 - Tratamento da depressão na adolescência

Pelas alterações que a depressão promove, existe a necessidade de desenvolver um plano terapêutico pessoal para cada indivíduo jovem, tornando-se por isso fundamental na abordagem à pessoa com esta patologia, ter em conta que existem diferenças ao nível do suporte terapêutico quando se está perante adolescentes ou adultos com esta entidade nosológica (Thapar et al., 2012).

A fase inicial de qualquer processo terapêutico passa pelo desenvolvimento de uma relação de ajuda terapêutica e pelo estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente, com vista a desenvolver uma aliança. Tal aspeto é crucial, na medida em que o indivíduo está numa fase de luta constante pela sua autonomia e independência e qualquer adulto é encarado com desconfiança e por vezes hostilidade. Para que se consiga construir tal relação é necessário saber escutar ativamente e mostrar disponibilidade de forma empática para com o indivíduo, procurando compreender o seu ponto de vista, aceitando que de facto existe motivo para a sua depressão. Salienta-se a importância de conduzir a conexão estabelecida através da confiança e da demonstração de apoio, procurando manter o sigilo (dentro de limites definidos), de modo a poder ser implementado e promovida a adesão ao futuro plano terapêutico (Chalifour, 2007; Gabbard, 2016; Phaneuf, 2005; Queiróz, 2014).

O desenvolvimento de um processo terapêutico na população adolescente deve ter conta aspetos do desenvolvimento psicossocial, incluindo psicoeducação, suporte familiar, análise de comorbilidades e de comportamentos de risco. Ao mesmo tempo, considerando a possibilidade de recorrência do transtorno depressivo, bem como a sua cronicidade, devem ser contemplados no plano individual de cada indivíduo os objetivos definidos em conjunto com o adolescente e com a família, não se cingindo apenas à fase aguda da doença (na qual se pretende a remissão completa da sintomatologia e a melhoria do grau de funcionalidade do indivíduo), mas englobando também as etapas de consolidação e manutenção (com restauração do grau de funcionalidade pré-mórbido), a monitorização e a prevenção de novos episódio depressivos (Quevedo & Silva, 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A literatura refere que a abordagem aos adolescentes com depressão deve ser multimodal, englobando as intervenções psicoeducativas, farmacológicas, psicoterapêuticas e as abordagens familiares (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein, & Laraque, 2018).

Contudo, os tratamentos para depressão na adolescência são controversos ao nível das diretrizes aceites e ao nível das diretrizes clínicas, uma vez que variam consoante os diferentes países, devido às preocupações com o uso de antidepressivos em indivíduos com idade inferior a 18 anos, acabando os tratamentos por fundamentarem-se mais nos consensos do que nas evidências científicas. Ao mesmo tempo é relevante referir a importância da eficácia a curto prazo de tratamentos farmacológicos quer não farmacológicos e a escassez de evidência de benefícios a longo prazo dos tratamentos relativamente às taxas de recorrência, comparativamente com a eficácia das intervenções não especializadas (Thapar et al., 2012).

De acordo com o número e seriedade dos sintomas, a depressão na adolescência é classificada consoante o seu grau de gravidade, em leve, moderado ou grave, (Townsend, 2011), adequando-se posteriormente o tratamento conforme a categoria.

Nos episódios leves, o manuseamento da depressão é semelhante entre adolescentes e adultos, optando-se pelas abordagens centradas na psicoeducação e nas medidas direccionadas à modificação dos stressores ambientais (Quevedo & Silva, 2013). Nesta fase ligeira da doença, o papel do profissional de saúde, em particular do Enfermeiro, passa pela explicação ao adolescente e sua família dos sinais e sintomas de depressão, das

opções de tratamento, que os possíveis fármacos prescritos não causam dependência, da necessidade de toma diária de medicação, do início terapêutico da mesma, bem como da possibilidade de efeitos secundários. Ademais, deverá ainda alertar para a natureza da doença e sobre o seu prognóstico, bem como esta poderá interferir ao nível das relações interpessoais. Importa referir e salientar que a forma como será comunicada esta informação deverá estar de acordo com o entendimento do recetor da informação, de modo a que este consiga recebê-la nas melhores condições e assim utilizá-la com o propósito de melhorar o seu conhecimento acerca da situação clínica (Fristad, Gavazzi, Centolella, & Soldano, 1996; Saraiva & Cerejeira, 2014; Stein, Zitner, & Jensen, 2006).

Nesta fase mais ligeira da entidade nosológica, pode ainda ser adicionada a psicoterapia (Queiróz, 2014; Quevedo & Silva, 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014; Thapar et al., 2012), bem como intervenção familiar (que não requer obrigatoriamente terapia familiar), devendo também intervir-se a nível escolar, no sentido de resolver possíveis fatores stressores (Queiróz, 2014). Tais abordagens psicológicas devem ser devidamente discutidas com o adolescente e família, não sendo possível definir efetivamente qual é a mais eficaz comparativamente com as outras (National Institute for Health and Care Excellence - NICE, 2005).

A utilização de fármacos antidepressivos não está recomendada como tratamento inicial para adolescentes com depressão ligeira (NICE, 2005).

Quando a primeira linha de tratamento não é eficaz e quando existe um agravamento da sintomatologia depressiva, a literatura refere essencialmente que a abordagem aos adolescentes com depressão moderada a grave tem como principais diretrizes a associação dos fármacos antidepressivos à intervenção psicoterapêutica (NICE, 2005), destacando-se nesta, a TCC por ser a mais abordada (Dubicka et al., 2018; G. Emslie et al., 2006; I. M. Goodyer, Wilkinson, Dubicka, & Kelvin, 2010). Contudo, salienta-se que outros estudos clínicos randomizados nesta população, sugerem ainda a eficácia da terapia interpessoal (Maalouf & Brent, 2012) e de abordagens psicodinâmicas (Quevedo & Silva, 2013).

No que concerne às especificidades referentes à abordagem farmacológica da depressão nos adolescentes, convém referir que existe um número limitado de estudos que refletem a utilização de antidepressivos nesta população, condicionando a afirmação da segurança e eficácia para a maioria dos fármacos utilizados. Em associação a este

aspecto, e apesar das semelhanças encontradas relativamente à depressão no adulto, os resultados que se observam face aos fármacos, não são de todo extrapoláveis na medida em que a resposta dos adolescentes é inferior ao nível da eficácia (NICE, 2005; Tsapakis, Soldani, Tondo, & Baldessarini, 2008), incorporando, por vezes, um aumento dos efeitos colaterais, dos quais se destaca a ideação suicida (Silva & Sampaio, 2011; Thapar et al., 2012).

Na atualidade os fármacos mais estudados (embora de forma limitada) e aprovados de forma consensual para o tratamento da depressão na adolescência, são os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), segundo a *Food and Drugs Administration* (FDA) e o Infarmed, destacando-se pela sua aceitação global e pelos seus ligeiros efeitos colaterais, que evitam descontinuação dos fármacos (Diler & Avci, 2002; Farley, 2005; Silva & Sampaio, 2011).

O fármaco mais evidente na literatura é a fluoxetina, cuja eficácia está comprovada (Farley, 2005; I. Goodyer et al., 2007; I. M. Goodyer et al., 2008; Hetrick, Merry, McKenzie, Sindahl, & Proctor, 2007; March et al., 2004; Tsapakis et al., 2008), sendo o único fármaco aprovado para o tratamento da depressão nesta idade. Contudo, reconhece-se a existência de outros ISRS que têm estado a ser estudados (sertralina e (es)citalopram), mas com eficácia inferior à da fluoxetina (G. J. Emslie, Ventura, Korotzer, & Tourkodimitris, 2009; Farley, 2005), devendo ser utilizados apenas como segunda linha de tratamento e caso o tratamento com fluoxetina não tenha sucesso (NICE, 2005).

As linhas orientadoras da NICE recomendam, no caso de ausência de resposta à fluoxetina ou intolerância aos efeitos colaterais de outro ISRS, a não utilização da venlafaxina e paroxetina (NICE, 2005). No entanto, no estudo *Treatment of Resistant Depression in Adolescents* (TORDIA) (D. Brent et al., 2008), a utilização da venlafaxina demonstrou ser tão eficaz como outro ISRS no tratamento da depressão refratária, mas com mais efeitos secundários, em especial o aumento da ideação suicida.

Não foram encontradas evidências científicas sobre a eficácia de antidepressivos tricíclicos em adolescentes, não havendo melhoria clínica na sintomatologia depressiva uma vez que quando comparado com placebo não se mostram mais eficazes (Diler & Avci, 2002; Farley, 2005; Quevedo & Silva, 2013).

A utilização de fármacos antidepressivos na adolescência deve ter por base a avaliação rigorosa do indivíduo, considerando-se sempre a necessidade de cuidados especiais ao adolescente e também à sua família. Destaca-se a necessidade de informar devidamente acerca dos efeitos secundários dos fármacos, sobre a atuação em situações emergentes, bem como a monitorização constante face aos aumentos graduais do medicamento (em especial nas primeiras semanas), pelo risco de suicídio e viragem maníaca a que estão expostos, reforçando sempre a adesão ao tratamento, que pode durar até 12 meses (NICE, 2005; Silva & Sampaio, 2011).

Para além da terapêutica farmacológica oferecida, nos adolescentes com depressão moderada a grave deverão ser associadas psicoterapias (Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) individual, terapia interpessoal, terapia familiar ou psicoterapia psicodinâmica, pelo menos durante três meses (NICE, 2005).

A TCC permite a identificação de pensamentos automáticos negativos, associados à depressão, que resultam numa visão distorcida que o adolescente tem de si, dos outros e do mundo que o rodeia. Esta terapia consiste na identificação destes pensamentos, desconstruindo os mesmos e substituindo-os por outros mais funcionais através de uma reestruturação cognitiva. Adicionalmente, na sua vertente comportamental, a TCC rege-se pelo princípio que tem por base um ciclo vicioso. Considerando a diminuição de atividades que está intrinsecamente associada à depressão, bem como a anedonia que o indivíduo apresenta, verifica-se o agravamento da inércia para a concretização de tarefas e consequentemente a depressão. Para colocar fim a tal ciclo, são utilizadas técnicas de ativação para aumentar o número de atividades prazerosas, bem como exercícios de relaxamento e treinos de aptidões sociais (Beck, 2014; Dobson & Dobson, 2011; Friedberg & McClure, 2004; Leahy, 2006; Wright, Baco, & Thase, 2008).

Como monoterapia, a TCC apresenta eficácia, mas com pouca evidência científica disponível (apenas 11 estudos com adolescentes), sendo o tamanho do efeito não superior a 0,3 (Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007). O ensaio clínico randomizado *Treatment of Adolescent Depression Study* (TADS), com uma população de 439 jovens, a quem foi aplicada uma de quatro opções: TCC, fluoxetina, combinação TCC + fluoxetina ou placebo, apurou como resultados principais a inexistência de diferenças em termos de resposta entre os grupos TCC e placebo (43 e 35%, respetivamente) (March et al., 2004).

Quando associado a outro tratamento farmacológico, identifica-se na literatura o estudo TORDIA com uma população de 334 adolescentes, com o objetivo de avaliar estratégias para depressão resistente, que sugeriu que a associação de TCC ao antidepressivo pode ser benéfico (D. Brent et al., 2008). Também o ensaio clínico randomizado TADS, demonstrou que a combinação da TCC associada à fluoxetina promove a uma melhoria significativa dos sintomas depressivos, em comparação com a utilização apenas do fármaco (March et al., 2004).

Já a Terapia Interpessoal foca-se na premissa de que o indivíduo tem por base relações interpessoais disfuncionais (conflitos com os pais / pares, dificuldades na adaptação ao divórcio parental, isolamento social, entre outros), podendo estas serem causas ou consequências do seu transtorno depressivo. Deste modo, esta abordagem terapêutica pretende identificar as relações disfuncionais e auxilia o indivíduo a resolvê-las (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Também a este nível se encontram evidências que sugerem a eficácia face ao tratamento da depressão, em particular quando aplicado em escolas (Mufson et al., 2004). Sendo esta uma abordagem promissora no tratamento de problemas de saúde mental em adolescentes expostos a eventos traumáticos, destaca-se um estudo clínico randomizado que explorou a eficácia desta terapia em adolescentes sobreviventes de guerra no norte de Uganda, que demonstrou melhorias significativas nos sintomas de depressão em meninas adolescentes (Bolton et al., 2007).

Denota-se que subsiste a ideia generalizada da existência de benefício na aplicação desta abordagem em adolescentes com elevados níveis de conflitos interpessoais com os pais, com sintomatologia depressiva elevada e com ansiedade (Mufson et al., 2004). Contudo, tal abordagem psicoterapêutica ainda não se encontra devidamente disseminada, encontrando-se assim limitada (Maughan, Collishaw, & Stringaris, 2013).

Quando se analisa melhor a Terapia Familiar, verifica-se que é extremamente pertinente na medida em que as dimensões relacionais e familiares acarretam elevada importância na depressão na adolescência (Sander & McCarty, 2005). Ressalva-se a sua importância na medida em que esta é uma psicoterapia que permite “devolver à família em crise um novo relacionamento, que possibilite a autonomia dos seus membros e aumente a sua união.” (Sampaio, 2018, p. 226), de modo a que o seu processo de

desenvolvimento estagnado, possa sofrer modificações capazes de criar alternativas que possibilitem dar respostas às dificuldades do quotidiano.

Constata-se também utilidade na aplicação na psicoterapia psicodinâmica, estando esta vocacionada para auxiliar o adolescente a expressar os seus sentimentos e a nomeá-los adequadamente, a aumentar a autoestima e consequentemente a adequar os comportamentos aos eventos quotidianos, bem como a melhorar as interações sociais (Birmaher et al., 2007; Gabbard, 2016).

Embora seja pouco utilizado, a eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento controverso, especialmente quando aplicado em pessoas jovens. Também pouco utilizado nos adultos com depressão, nos jovens encontra-se reservado para aqueles cuja patologia depressiva é resistente a outros tratamentos ou em situações potencialmente ameaçadoras à vida. A ausência de ensaios clínicos controlados dificulta a presença de evidência que comprove a sua eficácia, mas estudos de caso e séries de casos sugerem que pode ser benéfico. Salienta-se, no entanto, que o facto de ter como efeito secundário mais significativo a perda de memória e o facto de se desconhecer os efeitos no cérebro em desenvolvimento, faz com que a utilização da ECT se torne mediática (NICE, 2005).

Por fim, se por um lado é importante expor as opções terapêuticas disponíveis ao nível do tratamento, por outro, torna-se também relevante descrever as opções preventivas existentes no campo da depressão na adolescência. Segundo demonstram os estudos, parece ser viável prevenir episódios recorrentes de depressão em crianças e adolescentes utilizando técnicas psicológicas, em particular TCC (Merry et al., 2011). Um dos estudos metodologicamente mais rigorosos nesta área comparou um programa de prevenção cognitiva e comportamental em grupo, com o tratamento usual utilizado em adolescentes de alto risco com depressão prévia ou sintomas subliminares atuais (Garber et al., 2009). A taxa de depressão incidente e os sintomas depressivos auto relatados foram significativamente menores naqueles randomizados para o braço associada à prevenção.

Associado a isto, e pela importância que apresenta, as intervenções sociais e ambientais devem ser tidas em conta, na medida em que influenciam a depressão. Assim, deverão ser criadas condições ou facilitadas mudanças no ambiente que rodeia os adolescentes (escola, casa), a fim de reduzir ou eliminar fatores de risco conhecidos e / ou aumentar os fatores benéficos (estratégias para evitar / prevenir *bullying*). Isso tem como objetivo evitar ou aliviar o humor ou sintomas depressivos existentes, visando um

indivíduo ou um grupo. A evidência científica, no entanto, apesar de descrever este aspeto por ser apresentado na literatura, refere não existir consenso relativo à eficácia na prevenção deste aspeto (NICE, 2005).

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO ADOLESCENTE COM DEPRESSÃO: TERAPIA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), a perspectiva da pessoa não deve abranger apenas as questões diretamente relacionadas com a Psiquiatria (sinais, sintomas, síndromas e nosologia), devendo-se englobar a atenção na “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico de enfermagem e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (Parecer MCEESMP 01/2017, OE, 2017, p.1).

Este aspeto remete para a aplicação do processo de enfermagem, através do qual os EESMP com as suas competências específicas deverá proporcionar cuidados especializados, promovendo uma melhoria da qualidade da assistência prestada à população alvo, neste caso aos adolescentes com depressão.

Ao realizar-se uma análise global do quadro depressivo de um indivíduo, podem ser encontradas alterações em quatro grandes grupos do funcionamento humano: afetivo, comportamental, cognitivo e fisiológico (Townsend, 2011).

Conforme analisado anteriormente durante a avaliação de sintomas, segundo o DSM 5 e CID-10, na adolescência encontram-se evidências de semelhanças na sintomatologia relativamente aos adultos. Sobressai que os diagnósticos de enfermagem expressam comportamentos relativos às esferas referidas por Townsend (2011), sendo, portanto, necessário recorrer a uma colheita de dados minuciosa afim de definir e determinar corretamente os diagnósticos de cada adolescente, com o propósito de definir intervenções individuais e personalizadas ajustadas às necessidades do mesmo.

A literatura sugere como exemplos de diagnósticos de enfermagem que necessitam de intervenções específicas desta área de conhecimento, aspetos como o risco de suicídio, a baixa autoestima, o sofrimento espiritual, o isolamento social / interação social prejudicada, a insónia, os deficits no autocuidado da higiene, as alterações na alimentação, o humor deprimido, entre outros. Salienta-se neste caso particular, as alterações ao nível dos processos de pensamento, onde estão incorporadas para além as dificuldades de concentração, as alterações de memória, a perceção inadequada do ambiente envolvente, mas também as parcas capacidades de resolução de problemas (APA, 2014; Townsend, 2011).

Considerando este aspeto, seguidamente apresenta-se a resolução de problemas na ótica do EESMP, pela necessidade e importância que esta representa quando aplicada aos adolescentes com depressão, enquanto intervenção de enfermagem de âmbito psicoterapêutico.

2.1– Resolução de Problemas: Contextualização Histórica

No decurso da vida, somos confrontados por diversas situações que necessitam de ser resolvidas através de metodologias novas ou de outras já utilizadas anteriormente em experiências pregressas, de modo a evitar ou controlar situações de stress. Tais vivências, previsíveis ou não, requerem que procuremos suporte na nossa rede de apoio (pessoal, emocional, instrumental), com objetivo de transpor o obstáculo imposto por cada situação. No entanto, nem sempre as situações experienciadas são passíveis de ser ultrapassadas autonomamente, pelo grau de complexidade que apresentam, podendo ser necessário recorrer à ajuda de um profissional de saúde para obter ajuda (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Todavia, quando estas condições não são verificadas, encontram-se dificuldades de funcionamento ao nível dos processos cognitivos indispensáveis para resolver os problemas quotidianos. Neste sentido, sobressai a necessidade de introduzir a utilização de estratégias de intervenção de nível psicoterapêutico, que visam dar suporte ao indivíduo para que este desenvolva mecanismos de defesa e de adaptação face às situações adversas enfrentadas, de entre as quais se destaca o processo de resolução de problemas. Tal abordagem pretende, para além de auxiliar na resolução de problemas do indivíduo, como intervenção psicoterapêutica que é, objetivar a aquisição de consciência sob si próprio e daquilo que é um problema para o próprio indivíduo, de modo a que este consiga integrar a experiência vivenciada e realizar as mudanças necessárias para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida (Chalifour, 2009).

Pela necessidade de suporte terapêutico baseado no contexto descrito anteriormente, em 1971, Thomas D'Zurilla e Marvin Goldfried divulgaram uma revisão ampla sobre teoria e pesquisa relacionada com a resolução de problemas na vida real (mais tarde denominada solução de problemas sociais (SPS) - D'Zurilla & Nezu, 1982; Nezu & D'Zurilla, 1989 citado por Eskin (2013)) que abarcava uma vasta série de campos académicos e profissionais. De um modo geral, este trabalho permitiu perceber que as

habilidades de resolução de problemas se referiam ao conjunto de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais uma pessoa tentava descobrir ou desenvolver soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real. De acordo com esse modelo inicial, foram identificadas quatro habilidades de solução de problemas: (a) definição e formulação de problemas, (b) definição de alternativas, (c) tomada de decisão e (d) implementação e verificação da solução. Além de relatar os componentes desse modelo, D'Zurilla and Goldfried (1971) também apresentaram diretrizes propedêuticas e procedimentos para treinar indivíduos nessas habilidades, com o propósito de auxiliar na capacitação para lidar eficazmente com problemas stressantes.

Pelo seu interesse na resolução de problemas e particularmente pela sua aplicabilidade clínica, Arthur Nezu sob supervisão de D'Zurilla, confirmou vários princípios teóricos do modelo de TRP, definindo melhor os benefícios relativos ao treino dos indivíduos, explicando melhor os problemas sociais, criando mais alternativas, bem como tornando mais eficazes as decisões sobre os problemas.

Mais tarde, na década de 1980, as pesquisas e interesses de Nezu e dos seus colaboradores recaíram sobre a resolução de problemas na depressão clínica, desenvolvendo um modelo concetual de depressão (Nezu, 1987) e uma versão adaptada de TRP neste contexto clínico (Nezu & Perri, 1989). Estudos anteriores de Nezu já tinham demonstrado o seu interesse neste aspeto, tendo este verificado que existia eficácia da TRP no transtorno depressivo major (Nezu, 1986; Nezu & Perri, 1989). Posteriormente, esta psicoterapia passou a ser considerada como uma alternativa de tratamento psicossocial eficaz e baseada em evidências para a depressão, como é fundamentado, por exemplo, por recentes meta-análises (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007).

Apesar de a TRP ser mais usada com crianças em idade pré-escolar e crianças com perturbações emocionais, atualmente, são variadas as aplicações da TRP, principalmente as baseadas no modelo do autor citando anteriormente, destacando-se a sua aplicação nos problemas psicológicos das populações geriátricas com depressão, nos cuidados de saúde primários, nos cuidadores informais de indivíduos com variadas patologias, nos indivíduos com doenças crónicas, incluindo cancro, nos adultos / adolescentes deprimidos, nas pessoas com déficits cognitivos, com distúrbios de ansiedade, com distúrbios de personalidade, entre outros (Bell & D'Zurilla, 2009; Eskin, 2013).

Destaca-se a envolvimento que esta terapia promove, na medida em que os poucos recursos ao nível das competências de resolução de problemas podem ser considerados fatores de vulnerabilidade e / ou manutenção relativamente aos distúrbios psicológicos e de saúde mental referidos (Nezu, Maguth Nezu, & D'Zurilla, 2013; Nezu, Wilkins, & Nezu, 2004).

2.2 - Definição e Conceitos Principais do Modelo Teórico de Solução de Problemas Sociais

As tomadas de decisões quotidianas implicam a utilização de diversas funções intelectuais de modo a que o processo de resolução de problemas seja facilitado. Habitualmente, este procedimento ocorre de forma espontânea e automática, mas por vezes quando a problemática em questão é de maior complexidade, a forma como se resolvem as questões pode revelar-se ineficaz. Neste sentido, se a dificuldade encontrada neste caminho for considerada uma ameaça à vida do indivíduo, não se torna apenas importante encontrar uma solução, mas sim encontrar a solução ideal para a tomada de decisão. Cabe neste contexto ao indivíduo, por si só, ou com auxílio de um profissional capacitado, dentro de um contexto pessoal ou profissional, recorrer ao denominado processo de resolução de problemas (Chalifour, 2009).

Ao definir a Resolução de Problemas é também importante explicar os seus principais conceitos. Neste âmbito, importa explicar o que se entende por problema, por solução e por resolução de problemas.

O início desta abordagem passa pela explicação do problema per si. Denota-se que subsistem muitas definições para problema, no entanto, este pode ser definido de um modo geral como algo que dificulta ou se torna num obstáculo para alcançar um determinado objetivo. Constata-se a presença de um problema quando um indivíduo percebe uma diferença significativa entre o real e o ideal (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

D'Zurilla & Goldfried (1971), citados por Chalifour (2009), preferem utilizar a expressão “situação problemática” ao invés de “problema”, uma vez que determinada situação é problemática se não for encontrada uma solução de forma imediata por parte do indivíduo que está nesse contexto.

No sentido de dar resposta a um determinado problema é necessário que o indivíduo consiga enfrentá-lo. Porém, pode acontecer que este não seja capaz de responder de forma eficaz ao problema por este ter associado a si obstáculos ambientais (qualidade objetivas do problema) ou por o indivíduo apresentar (intrinsecamente) obstáculos pessoais (objetivos pessoais, necessidades, dificuldades nas habilidades de desempenho, entre outros). Considera-se também como impedimentos à resolução do problema o facto de este ser uma novidade, ser ambíguo ou imprevisível, bem como a presença de débeis habilidades de resolução de problemas ou falta de recursos por parte da pessoa (Chalifour, 2009; Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

Quando se atenta acerca do tipo de problemas que podem ser encontrados, a literatura sugere que as pessoas enfrentam no seu quotidiano situações problemáticas agrupadas nas categorias dos problemas pessoais (problemas relacionados com a saúde, comportamentais e emocionais), dos problemas interpessoais (pessoas significativas – família e amigos), dos problemas impessoais (problemas gerais) e dos problemas sociais (na sociedade ou comunidade) (Eskin, 2013). Destes, segundo D'Zurilla et al. (2004), citado por Eskin (2013), as principais situações a serem trabalhadas a nível psicoterapêutico e resolvidos pela TRP são os interpessoais, particularmente quando o indivíduo experiencia a situação de modo real e não conforme desejava, quando não se sente competente para resolver a dificuldade ou quando o problema causa sofrimento e mal-estar, impedindo que o indivíduo se desenvolva e interaja de forma consonante com o meio ambiente que o rodeia (Chalifour, 2009).

Evidencia-se que a presença de um problema requer uma resposta ou solução. Neste sentido, após ter sido definido o problema, ressalta a importância de determinar o que é uma solução eficaz ao nível da TRP. Comummente, uma solução é algo que permite resolver ou explicar um determinado problema, ou seja, é o resultado das tentativas realizadas para resolver um dilema. No entanto, o mais importante numa solução é a sua qualidade e a sua coerência relativamente ao objetivo, dado que pode ser tentada a resolução de um problema, mas o produto não ser satisfatório em termos de predicado ou a solução não ser a pretendida (Eskin, 2013).

No âmbito da TRP, a solução é explicada como “*a situation specific coping response or response pattern (cognitive or behavioral) that is the product or outcome of the problem-solving process when it is applied to a specific problematic situation*” (D'Zurilla

et al., 2004, citado por Eskin (2013, p. 13)). Tendo por base esta aceção, salienta-se que quando se inicia um processo de resolução de problemas, o comportamento de enfrentamento deverá levar o indivíduo a um resultado positivo. Nesta situação, o aspeto principal é verificar se o enfrentamento desenvolvido durante o processo de resolução de problemas é efetivo ou não, em particular se melhora a situação e se reduz o sofrimento emocional que o problema produz, aumentando as consequências positivas e minimizando as negativas (Nezu et al., 2013).

Porém, a utilização de uma solução eficaz num determinado indivíduo, poderá não ser considerada uma solução útil para outro indivíduo com o mesmo problema ou com um problema semelhante. Ademais, mesmo que uma solução tenha funcionado satisfatoriamente num momento específico, não quer dizer que funcione bem novamente numa outra situação para outro indivíduo ou num outro momento, uma vez que a pessoa em si e a circunstância podem ter sido alterados. Há que ter em conta, quando se avalia uma solução eficaz, que a variedade de fatores internos e externos podem afetar a escolha da mesma naquele momento (Nezu et al., 2013). D'Zurilla et al. (2004) citado por Eskin (2013, p. 13), referem que “*an effective solution is one that resolves the conflict or dispute by providing an outcome that is acceptable or satisfactory to all parties involved*”.

Da conjugação dos dois conceitos anteriores, surge agora o seu produto, a resolução de problemas. Analisado este construto de forma global, verifica-se este é definido como um o processo autodirigido pelo qual um indivíduo, casal ou grupo tenta identificar ou descobrir soluções efetivas para problemas específicos encontrados na vida quotidiana, onde a procura de soluções para um problema aumenta a possibilidade de encontrar aquela que mais é eficaz (Nezu et al., 2013).

Mais especificamente, reflete o processo pelo qual as pessoas direcionam os seus esforços de enfrentamento para alterar a natureza da situação, de modo a que esta não represente mais um problema (metas focadas no problema), bem como transformam as suas reações mal adaptativas aos problemas (metas focadas na emoção), a sua própria situação e as suas respostas emocionais mal-adaptadas ao mesmo (Nezu et al., 2013). Assim, a resolução de problemas é vista como uma competência de autocontrolo, que direciona o indivíduo no sentido de este aprender a solucionar problemas e descobrir novas formas de responder a situações problemáticas (Eskin, 2013; Sá & Baptista, 2018).

D’Zurilla e Nezu referem que a resolução de problemas se baseia numa estrutura relacional e no modelo de resolução de problemas de stress e bem-estar, onde a solução de problemas sociais assume um papel importante como intermediário e regulador das relações entre os eventos stressantes (eventos negativos – problemas diários) e o bem-estar (Bell & D’Zurilla, 2009; Nezu, 2004; Nezu et al., 2013).

O Modelo SPS pressupõe cinco dimensões distintas, interligadas, subjacentes ao processo de solução de problemas. Considera-se que a primeira abordagem da pessoa com o problema e as suas reações ao mesmo são relevantes para o desenvolvimento da resolução de problemas subsequente. Este modelo pretende qualificar as reações cognitivas, emocionais e motivacionais dos indivíduos perante uma situação problemática. Adota-se a perspetiva de que as respostas dos indivíduos face a uma situação-problema podem ser catalogadas como reações funcionais ou reações disfuncionais. No que diz respeito às construtivas, estas definem-se como orientação positiva para o problema, enquanto que as respostas disfuncionais são definidas como orientação negativa para o problema (Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

A orientação de problemas é um construto metacognitivo que representa uma função maioritariamente motivacional na resolução de problemas e utiliza um processo de esquemas cognitivo-emocionais que reflete as respostas gerais do indivíduo aos problemas do quotidiano, bem como as crenças, atitudes, reações e as suas competências de resolução de problemas. Uma orientação positiva para o problema envolve a tendência dos indivíduos avaliarem os problemas como desafios, serem otimistas e acreditarem que os problemas são solucionáveis, perceberem a sua capacidade de lidar com situações problemáticas e como são eficazes ao lidar com problemas, bem como entenderem que a solução efetiva de problemas envolve tempo e esforço e que a presença de emoções negativas durante o processo de resolução de problemas pode ser útil no enfrentamento de problemas stressantes. Por outro lado, uma orientação negativa para o problema é aquela que envolve a tendência de ver problemas como ameaças, considera a impossibilidade de resolver problemas, apresenta dúvidas sobre a capacidade de lidar com problemas com sucesso e demonstra frustração e aborrecimento quando o indivíduo é confrontado com problemas, expressando emoções negativas (Bell & D’Zurilla, 2009; Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

No que diz respeito ao estilo de resolução de problemas, este diz respeito a atividades de nível cognitivo e comportamental que os indivíduos utilizam para compreender os problemas vivenciados no seu dia-a-dia, associadas à procura de soluções ou mecanismos de *coping* como forma de solução situações problemáticas. Neste âmbito, o modelo permite perceber que existem três tipos de estilos de solução de problemas que os indivíduos podem apresentar: (1) descuido-impulsivo, (2) evitação e (3) estilos racionais de resolução de problemas. Os indivíduos que demonstram respostas disfuncionais de resolução de problemas com estilo impulsivo-descuidado, tendem a resolver os problemas de forma breve, com base na ideia inicial que lhes vem à mente, sem refletir sobre o problema e atuando de forma impulsiva. No que diz respeito à resolução de problemas de estilo evitante, considera-se que também é um estilo disfuncional, no qual as pessoas tendem a ignorar os problemas quando estes surgem, podendo sentir-se incapazes de atuar, mesmo que estejam perante os problemas. Já o estilo racional de resolução de problemas é um estilo funcional, que permite que os indivíduos compreendam os problemas de forma clara e precisa quando estes surgem. Neste estilo os indivíduos estão capacitados para tomar medidas coerentes de maneira sistemática, permitindo uma alta probabilidade de resolver os seus problemas. Desta forma, o modelo SPS assume que os três estilos de resolução de problemas conduzem a distintos resultados, dependendo dos objetivos do indivíduo, podendo o resultado obtido ser positivo ou negativo. A resolução de problemas atinge o seu objetivo se os resultados estiverem alinhados com os objetivos do indivíduo e se satisfizerem as expectativas do indivíduo em relação à resolução do problema (Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

Enquanto intervenção psicoterapêutica, a resolução de problemas pretende aumentar a eficácia das atividades de resolução problemas, através do processo de encontrar ou desenvolver soluções para problemas específicos e no qual a implementação de uma solução diz respeito ao método de execução das mesmas relativamente à situação real. Neste sentido, as competências de resolução de problemas devem ser consideradas como gerais, enquanto que as habilidades de implementação de soluções são específicas de uma determinada situação e problema. Por serem distintas uma da outra, alguns indivíduos podem possuir apenas uma destas habilidades, necessitando de trabalhar aquela que se encontra deficitária, de modo a ter uma resolução de problemas eficaz. Tal eficácia é atingida através da TRP, bem como através da associação de outras habilidades sociais

ou comportamentais (assertividade, comunicação, entre outros), com o intuito de maximizar os resultados (Nezu et al., 2013).

Tendencialmente, o processo de resolução de problemas é indicado para indivíduos com dificuldades na gestão de situações problemáticas (por falta de competências), contudo a aprendizagem desta metodologia em pessoas que apresentem afeições do foro emocional pode ser benéfica, independentemente de manterem as suas habilidades neste processo. Neste contexto, considera-se que a TRP apresenta como principais objetivos, ensinar competências e desenvolver estratégias e outros meios para resolver os problemas, culminando o seu propósito no tratamento das dificuldades emocionais causados pelos mesmos, na prevenção do sofrimento psicológico e na maximização da qualidade de vida do indivíduo (Bell & D'Zurilla, 2009; Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

Com o propósito de atingir estes objetivos, a TRP é geralmente aplicada sob duas formas: primariamente como terapia padrão, de modo a tratar problemas psicológicos causados pela vivência de situações problemáticas do quotidiano, mas também poderá ser utilizada a nível preventivo, através do ensino, a indivíduos saudáveis, de habilidades para lidar de forma mais eficaz com os problemas diários. Este aspeto pode ser conseguido através do treino destas competências, dado que pode prevenir o desenvolvimento de problemas emocionais e da psicopatologia. Denota-se que a resolução de problemas visa principalmente aumentar a resiliência da pessoa, tornando-se importante para a manutenção da saúde mental dos indivíduos (Eskin, 2013).

2.3 – Resolução de Problemas nos Transtornos Psicológicos: Depressão

A OMS (2004) refere que os transtornos mentais e comportamentais são frequentes em todo o mundo e não são exclusivos de nenhuma população em particular, afetando as pessoas de forma indiscriminada em todas as sociedades. Estes transtornos representam 12% das doenças a nível mundial, valor que ascende para os 23% nos países desenvolvidos (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & M Caldas-de-Almeida, 2013) e que afeta anualmente cerca 165 milhões de pessoas na Europa (Wittchen et al., 2011).

A realidade espelhada por estes números expressa também o sofrimento sentido pelos indivíduos afetados, mas também pelos seus entes queridos e sociedade. Porém, a literatura menciona que estes problemas constituem perdas não só a nível pessoal, mas também a nível económico (Eskin, 2013; OMS, 2004).

No sentido de melhorar as condições acima descritas os autores supramencionados consideram pertinente investigar e compreender as causas envolvidas no desenvolvimento destas entidades nosológicas, tendo em conta que estes aspetos também têm implicações ao nível do tratamento. Adicionalmente, sabe-se que, globalmente, apenas um quarto dos indivíduos com transtornos mentais recebe tratamento e que destes, apenas 10% recebem cuidados considerados como sendo adequados ao seu problema (Wittchen et al., 2011).

Neste contexto, tendo por base o construto psicológico da resolução de problemas, considera-se que este é útil no sentido de auxiliar na compreensão da etiologia dos problemas psicológicos, bem como pode ser utilizado como metodologia instrumental no sentido de resolver determinados transtornos do foro psicológico (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Bell and D'Zurilla (2009), descreveram, fundamentados por um elevado número de ensaios clínicos randomizados conduzidos nas últimas décadas, que a TRP provou ser um tratamento adequado e eficaz para uma população altamente diversificada de adolescentes e adultos com uma ampla gama de distúrbios psicológicos, comportamentais e de saúde, no entanto, importa destacar a aplicabilidade desta intervenção na depressão, psicopatologia que nos dias de hoje, é um dos mais importantes problemas de saúde mental que afetam as sociedades modernas.

A compreensão dos mecanismos causais envolvidos durante o início, o desenvolvimento e a manutenção da depressão, envolve mais do que um domínio do funcionamento humano e permite constatar que a utilização de intervenções de âmbito psicoterapêutico relativamente ao tratamento, se centra exclusivamente nos domínios psicológico e comportamental. Torna-se, portanto, pertinente abordar a resolução de problemas, incidindo-se diretamente no nível de funcionamento psicológico do indivíduo, expondo investigações científicas nas quais as habilidades de resolução de problemas desempenham um papel central no tratamento da depressão (Eskin, 2013).

O modelo de depressão desenhado por Nezu em 1987, no qual considerava que a depressão poderia ser causada pela inaptidão para resolver problemas ou gerir eventos negativos de um modo eficaz no decorrer da vida, é corroborado pelos diversos estudos descritos em Nezu (2004), salientando-se que quando o nível de habilidades de resolução

de problemas aumenta, a probabilidade de desenvolver depressão diminui (Beardslee et al., 2012; Eskin, 2013).

Com efeito, os mesmos autores, reforçam que a capacidade de um indivíduo lidar com as demandas exigidas no quotidiano e provocadas pelo meio ambiente, permite um melhor ajuste e enfrentamento face às situações stressantes experienciadas e que podem afetar o indivíduo adulto de forma negativa. Para que tal aconteça são necessárias habilidades de resolução de problemas efetivas, para que a pessoa consiga gerar soluções alternativas para as situações problemáticas, prevendo-se desta forma uma menor probabilidade de sofrer depressão.

A investigação realizada em crianças e adolescentes apresenta resultados no mesmo sentido (Eskin, 2013; Gotlib & Asarnow, 1979; Siu & Shek, 2005), indicando um aumento de risco de depressão associado ao défice de competências de resolução de problemas (Becker-Weidman, Jacobs, Reinecke, Silva, & March, 2010).

Na mesma linha de pensamento, o estudo desenvolvido por Marcotte, Alain, and Gosselin (1999), conduzido com estudantes do ensino médio, demonstrou que os jovens que possuíam habilidades adequadas para resolver problemas obtiveram pontuações baixas no BDI e aqueles com habilidades inadequadas para resolver problemas obtiveram pontuações mais elevadas. Um outro estudo realizado com jovens de Hong Kong, permitiu verificar que adolescentes com um elevado nível de habilidades para resolver problemas eram psicologicamente mais saudáveis e apresentavam menos conflitos com os pais, comparativamente a estudantes com baixos níveis de habilidades de resolução de problemas (Siu & Shek, 2005). Mais recentemente na Turquia, Eskin, Ertekin, and Demir (2008) constataram que os déficits na resolução de problemas constituía um fator de risco para depressão na adolescência.

Sendo a adolescência a altura em que as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas, evidencia-se que a experiência de eventos de vida negativos pode contribuir para o desenvolvimento da psicopatologia. Sobressai que os eventos negativos ocorridos parecem estar diretamente relacionados com certos problemas de saúde e adaptação nesta fase do ciclo vital (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987).

Importa salientar através do estudo de Becker-Weidman et al. (2010) com 439 adolescentes clinicamente deprimidos, que a elevada orientação para problemas

negativos, a fraca orientação para problemas positivos e um estilo de resolução de problemas evitantes demonstram ser fatores de risco para a gravidade da depressão. Estes autores constatarem ainda que os aspetos motivacionais da resolução de problemas parecem estar significativamente associados à depressão, ao stresse e aos problemas de adaptação. Estes dados foram corroborados pela meta-análise de Bell and D'Zurilla (2009), que acrescenta que a exclusão de dimensões específicas no processo de orientação apresentava impacto na motivação e capacidade de envolvimento na resolução de problemas.

Destaca-se que os indivíduos não devem ser caracterizados exclusivamente pelo tipo de orientação que seguem face aos problemas quotidianos que exibem, mas sim que podem apresentar uma tendência geral para gerir um determinado tipo ou conjunto de problemas de acordo com uma perspetiva particular. Tal abordagem encontra-se implícita na teoria da personalidade cognitiva-afetiva de Mischel and Shoda (1995), que explana as disparidades individuais nos modelos previsíveis de mutabilidade comportamental entre as situações, no qual se considera cada pessoa como um ser único e individual.

Na procura incessante de auxiliar os indivíduos com depressão, têm sido desenvolvidos diversos tratamentos a nível psicológico nos últimos tempos, contudo, poucos são os testados e que dão origem a estudos clínicos randomizados.

As evidências científicas demonstram resultados modestos na aplicação das principais terapias estudadas e associadas ao tratamento desta entidade nosológica, das quais se destaca a TCC (Churchill et al., 2001; Cuijpers et al., 2013), a psicoterapia interpessoal (Cuijpers, Donker, Weissman, Ravitz, & Cristea, 2016; Cuijpers et al., 2011), a ativação comportamental (Ekers, Richards, & Gilbody, 2008), a terapia psicodinâmica breve (Driessen et al., 2015) e o aconselhamento não diretivo (Cuijpers et al., 2012). Os estudos explicam ainda que não existem diferenças significativas face à modalidade de aplicação de tratamento, bem como relativamente à população alvo (Cuijpers, de Wit, Kleiboer, Karyotaki, & Ebert, 2018).

Conforme é referido na literatura, uma das intervenções testadas como tratamento da depressão em adultos num número considerável de estudos randomizados é a TRP, no entanto, embora se verifique que a TRP seja das psicoterapias mais estudadas, não existia nenhuma meta-análise recente que examinasse o efeito deste tratamento através da comparação entre um grupo de controlo e outros tratamentos.

Neste sentido, Cuijpers et al. (2018) realizaram um estudo com o propósito de verificar se a TRP era eficaz e se os seus efeitos eram comparáveis aos de outros tratamentos, tendo para tal incluído 30 estudos clínicos controlados randomizados, com um total de 3530 indivíduos, onde a TRP foi comparada com grupos de controlo, com outras terapias farmacológicas e não farmacológicas. Como resultados principais verificaram que a TRP é relativamente mais eficaz do que outras terapias em comparação direta, contudo, nas análises de meta-regressão de todos os estudos controlados, não foi encontrada diferença significativa entre a TRP e as outras terapias. A nível geral, concluíram que a TRP é provavelmente um tratamento eficaz para a depressão, mas não apresenta um efeito significativo, quando comparável a outros tratamentos.

Se ao nível da população adulta a evidência científica existente é diversificada, quando se analisa a população adolescente relativamente á utilização da TRP e à sua eficácia, a situação é completamente distinta.

Por um lado, as abordagens utilizadas incluem a utilização de diversas técnicas inerentes às TCC e com diversos objetivos, onde se engloba também a TRP (Dietz et al., 2014; Kennard et al., 2009; Singhal, Munivenkatappa, Kommu, & Philip, 2018) e por outro, estudos mais específicos abordam apenas TRP (Eskin et al., 2008; Hoek, Schuurmans, Cuijpers, & Koot, 2012). Analisando a contextualização das sessões de TRP, observa-se que existe uma amplitude elevada entre o número de sessões, variando entre as 5 e as 16, uma vez por semana, nas vertentes globais, enquanto que as sessões relativas à TRP exclusiva, variaram entre as 3 e as 6 sessões, uma vez por semana.

As evidências científicas sugerem que esta abordagem poderá ser efetiva nos adolescentes com depressão, melhorando não só os sintomas depressivos, como também a qualidade de vida. Tais argumentos encontram-se descritos em alguns estudos, salientando-se o estudo realizado por Dietz et al. (2014), com adolescentes entre os 13 e os 18 anos submetidos a TCC (com TRP), Terapia Sistémica de Comportamento Familiar (TSCF) e Terapia de Suporte Não Direcionada (TSND) ao longo de 16 semanas, que demonstra benefício relativamente ao tratamento da depressão com psicoterapias com componentes suportados por resolução de problemas.

Do mesmo modo, Eskin et al. (2008) testaram em adolescentes e adultos jovens com depressão major, num total de 27 participantes (13 de escolas secundárias e 14 estudantes universitários) a eficácia da TRP. De acordo com os resultados, a TRP foi um método

eficaz para o tratamento da depressão major em adolescentes e adultos jovens, verificando-se através das análises estatísticas conduzidas, que os scores de depressão pré-tratamento dos participantes dentro do grupo de tratamento diminuíram significativamente após o tratamento. De acordo com os scores do BDI, 77,8% dos participantes dentro da condição de TRP, mas apenas 15,8% dos participantes do grupo controle, obtiveram remissão completa ou parcial da sintomatologia depressiva. Os resultados mostraram ainda que as melhorias alcançadas pelos participantes da TRP foram mantidas após 1 ano.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo piloto desenvolvido por Singhal et al. (2018) onde o grupo que sofreu a intervenção evidenciou reduções clinicamente significativas nos sintomas depressivos, nas cognições negativas e no stresse académico, aumentando as competências de resolução de problemas sociais e habilidades de enfrentamento, tanto na pós-intervenção quanto no acompanhamento.

Já Kennard et al. (2009) no seu estudo com 166 adolescentes, realizaram uma análise secundária ao tratamento da Depressão Resistente aos ISRS em Adolescentes (TORDIA) para explorar o impacto de TCC específica. Neste estudo os adolescentes com transtorno depressivo major que não tinham respondido de forma adequada aos medicamentos ISRS foram randomizados para uma troca de medicação (ISRS alternativo ou venlafaxina) com ou sem 12 semanas de TCC adjuvante, no qual se incluía a TRP. Os autores ressaltam a importância de utilizar habilidades sociais e TRP na depressão de adolescentes, devendo estas serem consideradas no tratamento por aqueles que trabalham com jovens deprimidos, uma vez que os resultados obtidos demonstraram uma resposta mais positiva relativamente à depressão.

Contrariamente, apesar de não ser recomendado a utilização a TRP pela internet em adolescentes por falta de evidência científica que justifique a sua eficácia, o estudo desenvolvido por Hoek et al. (2012), revela que os sintomas depressivos e também a ansiedade dos adolescentes diminuíram em ambos os grupos onde foi utilizada a TRP.

É facto que a TCC de forma estruturada e com diversas abordagens incluídas (abrangendo a TRP) apresenta eficácia no tratamento de indivíduos com depressão (Beck, 2014; Eskin, 2013; Saraiva & Cerejeira, 2014; Weersing, Rozenman, & Gonzalez, 2008), em particular em adolescentes (D. A. Brent et al., 1997; Chugh, Mehta, Sagar, & Dhawan, 2010; Curry et al., 2000; Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990; Peterson &

Wainer, 2011; Queiróz, 2014). No entanto, salienta-se que também a TRP como tratamento exclusivo, apresenta resultados positivos face aos adolescentes com esta entidade nosológica da saúde mental e psiquiátrica. Apesar de tudo, se por um lado existe evidência científica que suporta as vertentes generalizadas, quando se indaga acerca do uso exclusivo da TRP a situação é completamente díspar, existindo escassa evidência na literatura sobre estudos, para além dos referidos, que sustentem a utilização da mesma.

Em suma, a TRP é um tratamento pouco usual na literatura, em especial quando associado a adolescentes com depressão e sem ter anexado a si um conjunto de outras TCC ou outras patologias orgânicas. A escassez de evidência com clara relevância científica, não permite afirmar com certeza a eficácia da TRP na adolescência, embora, quando associado a tratamentos farmacológicos ou em contextos globais de TCC, este modo de ação do tratamento cognitivo-comportamental apresente resultados favoráveis uma vez que a TCC inclui um módulo de resolução de problemas (Eskin, 2013).

2.4- O Processo de Resolução de Problemas e a Enfermagem

Como referido anteriormente, de acordo com o modelo inicial desenvolvido por D'Zurilla and Goldfried (1971) foram identificadas quatro habilidades de solução de problemas principais: definição e formulação de problemas, definição de alternativas, tomada de decisão e implementação e verificação da solução.

No entanto, tendo em conta o propósito deste subcapítulo bem como os objetivos inerentes a este relatório no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, serão incluídas as opiniões de Poupart (1973), que insere a TRP no contexto psicoterapêutico, mas também no da relação de ajuda profissional. Neste sentido, para além das quatro etapas referidas inicialmente, acresce uma etapa inicial, com o intuito de explorar as motivações e a disponibilidade do indivíduo, bem como uma etapa final relacionada com a avaliação do processo de resolução de problemas em si e ao modo como este se desenvolveu (Chalifour, 2009).

Salienta-se ainda que o processo de resolução de problemas se encontra suportado por um quadro de referência com uma visão existencial-humanista, em particular pelo processo de cuidados de enfermagem no domínio da saúde mental. Este processo é considerado um processo interativo, composto por diversas etapas semelhantes às da metodologia de resolução de problemas e é sustentado pela classificação de diagnósticos

de enfermagem (Chalifour, 2009; Potter & Perry, 2006). Embora de formas distintas em termos de nomenclatura, mas de conteúdo idêntico, Chalifour (2009) e Potter and Perry (2006), apresentam cinco etapas interligadas, que visam a planificação de cuidados e que se encontram englobadas dentro da própria TRP, conforme se passa a descrever de seguida.

Primeira Etapa: Orientação Geral

Nesta primeira etapa da TRP deve-se procurar entender e avaliar os indivíduos, bem como compreender as dificuldades pelas quais estes estão a passar. Sendo a avaliação parte indispensável da prática das psicoterapias e estas atividades científicas baseadas em evidências, a situação atual e as intervenções que daí resultam, bem como as mudanças subsequentes e os possíveis ganhos adquiridos, devem ser avaliados objetivamente (Leal, 2018).

O primeiro ato a realizar no período inicial é estabelecimento de uma relação de ajuda profissional com o indivíduo. Como em outras TCC, a TRP é uma prática baseada na cooperação, o que significa que o indivíduo trabalha em conjunto com o profissional durante as sessões. Desta forma, instituir e fortalecer um bom relacionamento entre os dois intervenientes promoverá impacto positivo ao longo do processo de resolução de problemas, de tal modo que o indivíduo se sentirá motivado a trabalhar ativamente durante a TRP. Caso não se verifique o estabelecimento de uma relação adequada, a TRP poderá não apresentar os resultados esperados, uma vez que o indivíduo não sentirá interesse pela terapia, nem estará motivado para trabalhar em equipa com o profissional (Chalifour, 2009; Eskin, 2013; Sá & Baptista, 2018).

Se a relação estabelecida tem profundo impacto nos resultados da TRP, também, o estado psicológico e as características comportamentais do indivíduo afetam a avaliação deste processo, uma vez que os problemas experienciados podem afetá-lo. Neste sentido, o impacto poderá resultar em determinadas incapacidades na forma de lidar com as situações problemáticas. Convoca-se a nesta primeira sessão, a importância de avaliar de forma sistemática o grau em que o indivíduo é afetado pelos problemas, assim como os níveis de habilidade de resolução de problemas que contribuem para a experiência dos problemas que precisam ser identificados. Sabe-se que estes são fatores preponderantes

na identificação da situação inicial, no planeamento do tratamento e na avaliação do progresso e resultados do tratamento (Eskin, 2013).

Ressalva-se que o sucesso de um indivíduo para resolver uma situação problemática depende de uma orientação positiva para o problema, sendo essa a combinação de algumas características comportamentais, cognitivas e afetivas. Considera-se que esta abordagem permite que o indivíduo exiba uma atitude funcional e comportamentos em relação ao problema que está a vivenciar, sendo um dos seus principais objetivos a preparação para os resolver. Neste contexto, desenvolver uma orientação positiva para o problema consiste em dois processos percetivos básicos. O primeiro é estar ciente dos problemas e o segundo é a orientação motivacional envolvendo a capacidade de olhar para os problemas de uma forma positiva, de modo a perceber o problema não como uma ameaça, mas como uma oportunidade de autoaperfeiçoamento. Esta competência traduz-se na capacidade que o indivíduo tem de primeiro compreender e estar ciente das situações problemáticas encontradas durante a vida e posteriormente integrar conscientemente que estas são uma componente da vida, bem como ser capaz de pensar que os problemas podem ser resolvidos. Também se considera importante que no início de um processo de resolução de problemas se minimize a utilização de respostas impulsivas e das respostas evitantes, dado que a forma de enfrentamento de uma determinada situação problemática podem influenciar a resposta dada pelo indivíduo (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Eskin, 2013; Nezu et al., 2013).

Outro aspeto importante nesta primeira etapa refere-se à metodologia e natureza da TRP utilizada durante este processo, no qual o indivíduo deverá ser informado acerca da importância e do papel que esta terapia irá desempenhar no tratamento de problemas de saúde mental. Salienta-se ainda a relevância de informar acerca do número, duração e conteúdo das sessões, bem como do que se espera de cada etapa. Todos estes esclarecimentos são indispensáveis ao nível da ética exigida na prática clínica, na medida em que esta informação faz parte integrante de uma participação ativa e voluntária (Eskin, 2013).

Segunda Etapa: Definição do Problema

No seguimento da TRP, quando um indivíduo se encontra capacitado para perceber a existência de um problema, deverá estar igualmente munido de competências para o definir corretamente e dar início ao processo de resolução de problemas.

Neste sentido, denota-se que aquando de um pedido de ajuda de âmbito psicológico, as queixas que são referidas na maioria das vezes não são o problema a ser trabalhado. Sem dúvida que são importantes e necessitam de ser tratadas, contudo, o profissional que desenvolve a TRP, procura definir as causas das queixas e trabalha as mesmas procurando identificar o problema que lhes dá origem (Eskin, 2013).

Na visão de Poupart (1973, p.196, 198), citado por Chalifour (2009, p. 122), “(...) definir um problema, é elaborar um modelo ideal, confrontá-lo com um modelo descritivo e formular as diferenças que esta confrontação entre os dois modelos permitiu pôr em evidência.” D’Zurilla and Goldfried (1971), consideram que a pretensão de resolução de um problema pressupõe a utilização de termos claros e diretos para a descrição da situação, bem como a recolha de factos e informações necessários ao reconhecimento do problema em si. Pode ser necessário procurar informações adicionais por outras vias indiretas, em particular no caso de situações novas e nas quais o indivíduo não se encontra familiarizado.

A obtenção de diversos tipos de informação permite que o profissional consiga decidir se irá ou não utilizar esta metodologia. De uma forma central, esta primeira etapa da determinação do problema principal do indivíduo deve ser realizada em colaboração com o profissional, incluindo acessoriamente também os problemas secundários que rodeiam a situação problemática inicial, dado que quanto mais minuciosa for a descrição, mais facilitadas serão as etapas subsequentes (Chalifour, 2009).

Analisada esta primeira etapa da resolução de problemas à luz do processo de enfermagem, verifica-se que esta se inicia com a entrevista inicial, que deve começar logo no primeiro momento em que Enfermeiro e utente se encontram, desenvolvendo-se ao longo de todo o processo. Primariamente são colhidos os dados relativos ao pedido de ajuda através da fonte primária (o indivíduo) e posteriormente das fontes secundárias (família, dados clínicos). Seguidamente, estes dados devem ser analisados para darem origem aos diagnósticos de enfermagem e para a elaboração de um plano de cuidados de

enfermagem individual que abranja as necessidades globais do indivíduo (Potter & Perry, 2006), de modo a determinar as causas do problema, a compreender os efeitos que este tem no funcionamento geral do indivíduo, na sua qualidade de vida, bem como de modo a reconhecer os recursos que a pessoa tem para lidar com o problema. Adicionalmente, a colheita de dados permite que se perceba as expectativas, as motivações e o leque de soluções que o ambiente humano e físico do indivíduo abrange (Chalifour, 2009).

A colheita de dados pode ser realizada através da observação, da entrevista e do exame. A primeira tem que ter em conta tanto a linguagem verbal como a não verbal, bem como as respostas físicas e o ambiente onde o indivíduo está inserido. Já a segunda, que pode ser formal ou informal, deve procurar identificar desequilíbrios no utente e formas deste lidar com eles. No que concerne ao último ponto, o exame, deve ser realizado ao nível físico e mental, e permitir melhorar a relação Enfermeiro - indivíduo através de escuta ativa e empatia (Amaral, 2010).

Segundo o mesmo autor, tais dados devem ser colhidos de forma rápida e sistemática, sem julgamentos e conclusões e de modo a que permitam o registo e posterior análise para a formulação de diagnósticos, englobando a aparência geral, as características físicas, emocionais, sociais, intelectuais e espirituais. Deve ser tido em conta outros aspetos como as motivações do pedido de ajuda, as manifestações da doença e as dificuldades do indivíduo, os mecanismos de defesa utilizados mais frequentemente, assim como aspetos relativos à sua doença, à medicação instituída, às atividades terapêuticas em que participa, aos cuidados prestados, entre outros (Chalifour, 2009).

Segundo descreve Phaneuf (2001), a colheita de dados numa avaliação inicial, comporta-se como um procedimento estruturado e sistemático de investigação, que promove a recolha de informação através de diversas fontes (ou fontes disponíveis), com o propósito de identificar as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de modo a reconhecer os seus problemas, conhecer os seus meios de suporte pessoais e traçar intervenções de enfermagem que visem a melhoria do estado de saúde. Esta metodologia inicial tem como finalidade reconhecer expectativas e necessidades imediatas da pessoa, identificar a vivência do problema de saúde, as alterações no estado de saúde da pessoa, bem como os fatores de risco e hábitos de vida.

Potter and Perry (2006) referem que esta análise inaugural é considerada uma abordagem inicial centrada no problema, que permite acima de tudo a identificação de

diagnósticos de enfermagem minuciosos, a elaboração de objetivos adequados, bem como resultados e intervenções de focados no indivíduo.

Nesta etapa do processo de resolução de problemas deverá ser incluída ainda a segunda etapa do processo de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, dado que são estes que dão significado aos dados colhidos na primeira etapa do processo, que no momento de colheita de dados e após a sua organização e apreciação, permitem a identificação de necessidades e problemas de saúde do indivíduo (Amaral, 2010; Chalifour, 2009).

Do mesmo modo que se define um problema, para a construção de um diagnóstico de enfermagem, existem características que deverão estar presentes, tais como: "ser curto, claro e objetivo (...); ser específico para um só desequilíbrio e estabelecido criteriosamente; ser estabelecido sobre os dados observados ou fornecidos pelo indivíduo; não se pode confundir com os seus sinais ou sintomas; ser específico da enfermagem e não de outras áreas." (Amaral, 2010, p.12). O mesmo autor refere que existem vantagens na utilização de uma "linguagem" como a "Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem" (CIPE) de modo a que sejam construídos diagnósticos uniformizados. Acessoriamente, a utilização de uma linguagem padronizada permite dar seguimento às etapas subsequentes do processo de enfermagem e do processo de resolução de problemas.

Nesta conjectura, diagnosticar significa saber, distinguir e isso impõe da parte do Enfermeiro a necessidade de ter juízo crítico, quanto à recolha, análise e interpretação dos dados. Tal aspeto é importante, na medida em que é indispensável para o Enfermeiro avaliar as informações colhidas na fase anterior do processo de enfermagem de modo a identificar corretamente as reações dos indivíduos face aos potenciais problemas de saúde (Figueiredo & Vieira, 2006; Potter & Perry, 2006), com o intuito de poder percorrer o caminho ao longo do processo de enfermagem.

Terceira Etapa: Inventário de Soluções

Por conseguinte surge o inventário de soluções que incorpora essencialmente a determinação de soluções direcionadas para a resolução do problema, procurando encontrar aquela que é mais eficaz de entre as que foram geradas (D'Zurilla & Goldfried, 1971). Esta é a oportunidade para a análise do problema e para a identificação das causas do mesmo, que posteriormente servirão para alavancar as soluções encontradas

(Chalifour, 2009) e no qual o papel do profissional é auxiliar e suportar o indivíduo a procurar soluções alternativas, que podem não ser perfeitas (Eskin, 2013).

Para que tal aconteça poderão ser aplicadas diversas técnicas, destacando-se o método Brainstorming, no qual o indivíduo é convidado a inventariar tantas alternativas quanto possível em relação ao problema. Adicionalmente, pretende-se que o indivíduo fale sobre cada solução possível que surge, sendo solicitado que ao gerar as alternativas não faça quaisquer julgamentos e nem avalie a sua contribuição para a solução (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Em relação ao processo de enfermagem, a etapa seguinte é o planeamento. É nesta fase que se fixam os objetivos centralizados no indivíduo e se programam as intervenções de enfermagem (soluções) de modo a atingir os objetivos delineados. Esta é também a fase de instituição de prioridades, de enunciação dos resultados expectáveis e onde se projeta o plano de cuidados. Salienta-se nesta altura a estrita colaboração entre Enfermeiro e indivíduo, bem como a possibilidade de articulação com outros membros da equipa multiprofissional, consoante as necessidades encontradas (Potter & Perry, 2006; Vaz & Catita, 2001).

Embora não esteja previsto de forma explícita na teoria descrita por D’Zurilla & Golfried, (Eskin, 2013, p. 163) salienta-se a necessidade de definir objetivos aquando do início da TRP. Este autor considera que ter objetivos permite um funcionamento saudável do ser humano e utiliza a seguinte expressão do filósofo Seneca para explicar essa necessidade: *“If one does not know to which port it is sailing, no wind is favorable.”*. Sobressai que ser capaz de definir metas na vida é importante não só para aqueles que procuram ajuda psicológica, mas para o desenvolvimento saudável e funcionamento de todos os indivíduos. Neste contexto, se se tiver em conta as palavras de Seneca, pode-se substituir o navio pelo indivíduo, o porto pelos objetivos, e o vento pelas oportunidades e possibilidades que a vida oferece, devendo o indivíduo identificar o objetivo e tirar proveito das oportunidades que a vida lhe oferece.

Os objetivos traçados podem ser definidos de duas formas na TRP: focados nos problemas ou focados nas emoções. As diferenças são idênticas às dos tipos de enfrentamento descritos por Lazarus & Folkman (1984), podendo ser explicados de forma muito breve pela oração da serenidade que afirma: *“God grant me the serenity to accept*

the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference.” (Eskin, 2013, p. 164).

Quarta Etapa – Escolha da Solução

Nesta altura a principal tarefa passa por escolher a solução mais adequada para o problema em questão, de entre as várias geradas na etapa anterior. A literatura também denomina esta etapa como a fase da tomada de decisões, devendo esta ser realizada em colaboração com o profissional de saúde que auxilia no processo de resolução de problemas (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Este é altura propícia para avaliar as soluções inventariadas previamente, decorrendo esta apreciação de forma qualitativa e quantitativa. Ao nível da avaliação qualitativa há que ter em conta aspetos como a análise de custo-benefício de cada alternativa, a comparação entre cada solução e a avaliação dos recursos pessoais e sociais do indivíduo. Posteriormente, surge a análise quantitativa, que se refere à atribuição de um valor numérico a cada solução, o que facilita a escolha da solução e por sua vez simplifica a tarefa ao indivíduo. A pontuação é realizada de acordo com critérios específicos (utilidade para resolver o problema, congruência para com o objetivo, aplicabilidade e aceitação da solução), sendo a avaliação realizada numa escala de 1 a 5 valores, consoante o grau de avaliação é maior ou menor (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Assim, Chalifour (2009, p. 125), descreve esta fase referindo que “(...) a solução escolhida, além de visar o objecto preciso e contribuir para a resolução do problema em causa, deverá proporcionar mais vantagens do que inconvenientes durante a sua aplicação. Com efeito, quanto mais esta solução permite resolver a dificuldade e quanto menos inconvenientes tiver, maiores as possibilidades de que seja aplicada com sucesso.”.

No que diz respeito ao processo de enfermagem, ressalva-se que é aqui que se estabelecem as prioridades, se formulam os resultados esperados e se elabora o plano de cuidados (Potter & Perry, 2006; Vaz & Catita, 2001). Embora esteja contemplado de modo mais amplo na fase anterior do processo de resolução de problemas, este fragmento do planeamento insere-se mais adequadamente nesta fase de resolução de problemas, realizando-se uma lista de prioridades, com base na segurança, escolhas e necessidades do indivíduo.

Quinta Etapa: Planificação e Implementação da Soluções

No decorrer do processo de resolução de problemas, depois se ter escolhido a solução apropriada, de entre as diversas alternativas possíveis, devendo esta estar de acordo com o objetivo definido inicialmente, é a altura de a executar.

Esta é a etapa de implementar as soluções propostas na vida real, no entanto é importante considerar alguns aspetos. Primariamente, há que abordar a questão relativa aos medos do indivíduo e o modo como estes podem ser intimidatórios face à implementação da solução. Adicionalmente, importa expor também os riscos associados à solução, devendo estes serem discutidos com o profissional, afim de os normalizar e evitar que o indivíduo se torne passivo quando exposto aos mesmos. Outro ponto de elevado interesse nesta fase diz respeito à motivação, dado que esta é fundamental para o sucesso do processo terapêutico. Salienta-se que estar ativamente centrado no tratamento e assumir as responsabilidades no mesmo, são fatores associados à motivação dos indivíduos. É igualmente necessário avaliar e identificar as características comportamentais dos indivíduos quando enfrentam situações problemáticas (conforme analisado anteriormente). Posteriormente deverão ser estudados os prós e os contras de implementar ou não a solução, bem como deverá ser tido em conta o tempo necessário para o indivíduo se sentir capaz, na medida em que este deve sentir-se pronto para aceitar a mudança e isso aumentará a probabilidade de obter resultados positivos durante a implementação da solução (Eskin, 2013).

Esta etapa ocupa-se assim de decidir a organização da ação de forma realista, determinando metodologias e intervalos de avaliação, sendo esta a forma de se conseguir certificar a continuação da intervenção (Chalifour, 2009).

Na ótica do processo de enfermagem a implementação consiste na colocação do plano de cuidados em ação, isto é, quando é dado início aos cuidados de enfermagem em várias áreas técnicas com vista à execução dos objetivos e dos resultados esperados, sendo estes posteriormente terminados e avaliados (Potter & Perry, 2006).

Sexta Etapa: Avaliação

Depois de todo esse processo, agora é o momento de avaliar a implementação, que é a última etapa da TRP. O objetivo é avaliar não só a implementação da solução para o problema em si, mas todo o processo desenvolvido até aqui. Por outras palavras, esta fase engloba não apenas os resultados atingidos na procura de respostas para um problema, mas deverá incluir a aquisição de competências de resolução de problemas para futuras situações na vida do indivíduo (Chalifour, 2009).

No que diz respeito à apreciação específica da implementação da solução do problema, deverá ser tido em conta o cumprimento dos objetivos propostos inicialmente, de modo a verificar se houve ou não sucesso. No caso de a implementação não ter sido satisfatória, é necessária uma reflexão quer da parte do profissional, quer da parte do indivíduo, a fim de se compreender em que parte do processo existiu alguma lacuna. Já no que diz respeito à avaliação geral do processo de resolução de problemas, ou neste caso da TRP, a avaliação traduz-se pela exploração das práticas que o indivíduo considerou eficazes ou ineficazes durante o processo, servindo de base de reflexão ao profissional para que este encontre novos caminhos para futuras práticas de resolução de problemas, bem como ao indivíduo, de modo a que este reveja todas as informações e competências adquiridas (Eskin, 2013).

Apesar de avaliação ser a última fase do processo de enfermagem, esta ocorre durante todo o processo, desde a construção dos objetivos, até às intervenções que são implementadas com os indivíduos alvos de cuidados. No entanto, é nesta altura que se verifica a eficácia dos objetivos e resultados esperados que foram inicialmente idealizados (Taylor & Taylor, 2001), avaliando-se os passos anteriores e todo o processo de forma global.

Para um processo de avaliação satisfatório, de acordo com Sheehy's (2001), cabe ao Enfermeiro realizar uma análise rotineira acerca dos diagnósticos de enfermagem, bem como dos objetivos traçados, das intervenções delineadas e das prioridades definidas, com o propósito final de promover ao utente cuidados com qualidade e eficientes.

No término deste capítulo torna-se importante refletir de forma global acerca desta intervenção psicoterapêutica. Embora esta seja uma forma muito linear de descrever a

aplicação da TRP como intervenção integrante do processo de enfermagem, esta deve ser vista como uma abordagem que pode ser adaptada de acordo com as circunstâncias que o tratamento requer e consoante as especificidades do indivíduo.

No decorrer da TRP há que ter em atenção que esta abordagem deve ser relevante para o indivíduo, na medida em que deve ir ao encontro das necessidades do mesmo, bem como deve ser adaptado às circunstâncias do problema. Do mesmo modo, como em qualquer TCC, importa lembrar a importância de prescrever trabalhos para casa, visto que estes permitem que o indivíduo reveja os conteúdos das sessões, auxilia no desenvolvimento de competências e torna o indivíduo no seu próprio terapeuta. Do mesmo modo, devem ser utilizados materiais impressos dado que esta metodologia melhora a eficácia da TRP. Não obstante dos aspetos anteriores, torna-se relevante salientar que o sucesso da TRP depende da atuação do profissional, na medida em que este deve focar a sua atenção no indivíduo e na própria terapia em si. Sobressai que a TRP é principalmente para o indivíduo e para os seus problemas e que sem eles a TRP perde todo o sentido. Assim, é de extrema necessidade que o profissional se concentre nos problemas principais, não gastando energia em problemas secundários; se foque na implementação da solução e na concretização de objetivos; e permita a expressão de emoções, visto que estas são comportamentos humanos que tanto podem ser fontes de stress como de felicidade para o indivíduo (Eskin, 2013).

Embora as etapas na resolução de problemas e processo de enfermagem não coincidam na sua plenitude, considera-se que o processo de resolução de problemas incorpora e é incorporado pelo processo de enfermagem, servido de fio condutor para o desenvolvimento de uma adequada intervenção psicoterapêutica. Assim, salvaguarda-se que a utilização do processo de cuidados neste contexto permite que os Enfermeiros dirijam as suas intervenções durante o processo terapêutico, possibilita a prevenção e promoção da saúde, auxilia na gestão de sintomas, promove a transformação de comportamentos e intervém no incremento de competências de gestão e autocontrolo (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

3. A TEORIA DOS SISTEMAS DE NEUMAN E A DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: REFERENCIAL TEÓRICO

Os profissionais de enfermagem cada vez mais se preocupam com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente, estando esta associada a fatores como a sua formação, com o exercício profissional e com a realização de intervenções autônomas, como as demonstradas nas teorias de enfermagem (Diógenes & Pagliuca, 2003). Salienta-se que estas teorias assistem os profissionais de enfermagem no desenvolvimento de um processo de enfermagem personalizado (Alligood, 2001), verificando-se que estes modelos teóricos têm contribuído, quando utilizados como referenciais teóricos, para a sistematização da prestação de cuidados (Souza, 2001), sempre que aplicados e adaptados às necessidades / individualidades dos clientes e contextos, tendo em conta os conceitos e pressupostos originários da teoria da qual fazem parte (Hermida & Araújo, 2006).

Neste sentido, denota-se que no âmbito deste relatório que dá suporte ao Projeto de Estágio realizado no contexto do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na vertente de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, se torna pertinente enquadrar o referencial teórico que serviu de fundamentação teórica para a realização do mesmo.

3.1 – O Modelo de Sistemas de Neuman

Nascida em 1924 numa quinta perto de Lowell, Ohio (EUA), Betty Neuman realizou e completou os seus estudos em enfermagem na Escola de Enfermagem de Povos no Hospital de Akron (Ohio) em 1947. Pelo seu interesse no comportamento humano, fez uma dupla especialização na Universidade da Califórnia (UCLA) em saúde pública e psicologia e em 1966, completou um Mestrado em Saúde Mental e Saúde Pública na mesma Universidade. Mais tarde, em 1985 concluiu o seu Doutoramento em Psicologia Clínica na Universidade do Pacífico Ocidental (Freese, 2004).

Neuman foi uma das primeiras pessoas que aproximou a enfermagem para o campo da saúde mental, tendo desenvolvido o seu primeiro modelo explícito de ensino e prática para consultas em saúde mental no final dos anos 60. Como resposta às solicitações dos seus alunos da UCLA, desenvolveu um modelo conceptual de enfermagem em 1970, que viria a publicar em 1972, denominando-o de: O Modelo de Sistemas (Freese, 2004).

Este é um modelo centrado no holismo, na perceção do cliente, na orientação para o equilíbrio e bem-estar do mesmo e considera que a pessoa está englobada num sistema dinâmico de energia que interage com múltiplas variáveis que integram o meio ambiente (Neuman, 2011).

Segundo Neuman, é na relação entre o sistema cliente e o ambiente que está definido o domínio da Enfermagem¹, (Neuman & Fawcett, 2011) no qual se concentram cinco ordens de variáveis: a fisiológica, referente ao corpo biológico (físico) e seu funcionamento; a psicológica que envolve os processos mentais e relacionais; a sociocultural relacionado com as ligações sociais, papéis e estatutos sociais; o desenvolvimento associado ao processo do ciclo vital; e a espiritual que diz respeito ao sistema de crenças na vida da pessoa (Neuman, 1995). Ademais, o modelo fundamenta-se em quatro pressupostos fundamentais: Pessoa², Ambiente, Saúde e Enfermagem. Neste modelo, a Pessoa é conceptualizada enquanto cliente e tida como um sistema aberto³ e em constante interação com o Ambiente. Este conceito não engloba apenas o indivíduo, mas pode abarcar também a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Freese, 2004).

Neuman salienta no seu modelo que o cliente está em permanente interação com o ambiente e com forças internas e externas originárias desta interação, as quais, de alguma forma, podem modificar a harmonia existente. Estas forças também apelidadas de stressores, têm o poder de transformar o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, pelo que são considerados fatores tensionais potenciadores de desenvolverem desequilíbrios localizados a nível extrapessoal, interpessoal e intrapessoal. Os stressores extrapessoais ou Ambiente Externo operam como forças oriundas do espaço externo que circunda o indivíduo, como por exemplo os problemas económicos ou desemprego. Também os stressores interpessoais se inserem dentro deste ambiente e definem-se como forças que atuam entre dois ou mais indivíduos (expectativas inatingíveis em relação a papéis

¹ Diz respeito à totalidade da pessoa. Profissão “única”, pois preocupa-se com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress. A meta principal da enfermagem é a retenção e obtenção da estabilidade do sistema do cliente (Neuman, 1995).

² Baseia-se na filosofia de que cada homem é uma “pessoa total” (de holistic para wholistic) e essa pessoa é multidimensional, um composto de variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, do desenvolvimento e espiritual (Neuman, 1995).

³ Sistema Aberto: sistema no qual os elementos constituintes deste trocam energia e informação numa organização completa, onde o stress e a reação ao mesmo constituem elementos básicos do mesmo (Freese, 2004).

sociais). No que diz respeito ao Ambiente Interno do cliente, destacam-se os stressores intrapessoais, considerando-se que a interação que a ocorre de forma intrínseca ao indivíduo. Expõe-se neste caso, a expressão de sentimentos como a raiva ou a frustração (Neuman & Fawcett, 2011; Vieira, Alvarez, & Gonçalves, 2009). Importa ainda salientar um último ambiente neste modelo, o Ambiente Criado, que se refere ao ambiente que é definido pelo cliente quando tem que lidar com stressores, exibindo assim os seus mecanismos de *coping*, no sentido de fazer frente ao problema vivenciado (Neuman & Fawcett, 2011).

De um modo geral o modelo dos sistemas define-se de acordo com uma estrutura básica que engloba fatores como a organização genética, o ego ou a capacidade cognitiva do indivíduo. Em termos visuais, este modelo encontra-se sistematizado através de três linhas concêntricas que conferem ao cliente mecanismos de proteção da sua estrutura básica e da sua integridade enquanto sistema único. Neuman, nomeia estas linhas como linha flexível de defesa, linha normal de defesa e linhas de resistência (Neuman, 1995). A primeira linha de defesa, a linha flexível, é a que se encontra mais afastada da estrutura básica, evitando a interferência de fatores stressantes com o sistema. Esta atua como primeira linha de defesa, mantendo o estado normal de bem-estar. Posteriormente, quando a linha flexível de defesa é ultrapassada, surge a linha normal de defesa, que representa estabilidade tanto para o cliente como para o sistema, sendo esta preservada ao longo do tempo de modo a que seja possível observar o padrão habitual de bem-estar do cliente. De forma, metafórica, esta é uma segunda muralha para evitar o “ataque” de stressores, e tem como propósito promover a adaptação de algumas variáveis inerentes ao cliente para que seja possível enfrentar fatores de stress a que está sujeito o sistema (padrões habituais de controlo individual, estilo de vida, estágio de desenvolvimento). No que concerne às linhas de resistência, as mais internas de todas, verifica-se que são ativadas de forma automática, no caso de existir a invasão de um fator stressante na linha de defesa normal. Estas linhas representam os recursos que ajudam o cliente a defender-se de um elemento stressante (Neuman, 2011).

De um modo global, constata-se que a resposta dada pelo sistema cliente quando os fenómenos de stress penetram a linha flexível ou normal de defesa e desenvolvem tensões, pode ser positiva ou negativa, consoante os recursos e capacidades do cliente. Ademais, as competências que um determinado sistema tem de resistência deve-se às variáveis a que o sistema cliente está sujeito (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de

desenvolvimento e espirituais), bem como ao ambiente em que está inserido (Neuman, 1995, 2011).

Quando inserido este modelo ao nível dos cuidados de enfermagem, verifica-se que ao serem definidas intervenções de enfermagem, estas devem ser dirigidas de forma intencional para os fatores de stress (reais ou potenciais), mas que promovem desequilíbrios, de modo a repor a homeostasia do sistema cliente. Neste âmbito, Neuman elaborou um Processo de Enfermagem exclusivo, composto pelas fases de diagnóstico, finalidades de Enfermagem e resultados de Enfermagem. A base deste processo de enfermagem, está no Diagnóstico de Enfermagem, o qual tem como propósito a colheita de dados oportunos e indispensáveis, que possibilitem, o reconhecimento, a análise e a categorização das interações dinâmicas entre as variáveis que constituem o sistema cliente e os fatores de stress (reais ou potenciais) e que promovem variações no bem-estar. Já na etapa seguinte os objetivos de enfermagem são estabelecidos através da negociação com o cliente, de modo a que as alterações prescritivas desejadas corrijam as variações do bem-estar. No seguimento surgem os resultados de enfermagem que são importantes para a corroboração dos objetivos dos resultados desejados e para reformular os objetivos de enfermagem subsequentes (Neuman, 1995).

Os cuidados de enfermagem procuram imiscuir-se num possível desequilíbrio, procurando, pela interação com o cliente, potencializar os seus recursos, de forma a que se atinja o equilíbrio (bem-estar) do seu sistema. Essa intervenção é defendida por Neuman (2011), quando se desconfia da presença ou se identifica um stressor. Para colmatar este aspeto, podem ser empregues três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como propósito promover o bem-estar do cliente pela prevenção do stress e diminuição dos fatores de risco, nas quais se inclui estratégias de promoção da saúde, de modo a reforçar a linha de defesa flexível; a secundária apresenta como objetivo proporcionar um tratamento adequado, após o reconhecimento de sintomas de stress, de modo a promover a estabilidade ou o bem-estar do sistema do cliente. Tanto os recursos internos quanto os externos dos clientes são usados para estabilizar o sistema, a fim de fortalecer as linhas de resistência, reduzir a reação e aumentar os fatores de resistência; por fim o terceiro nível de prevenção refere-se à manutenção do bem-estar, ou seja, pretende conferir ao sistema um grau de reconstituição e de regresso ao bem-estar após o tratamento utilizado. Procura-se desta forma recuperar

a estabilidade ideal do sistema, reforçando a resistência aos stressores, com o intuito de ajudar ou prevenir a recorrência da reação ou a regressão (Neuman, 2011).

3.2 – Teoria dos Sistemas e a Depressão na Adolescência: Fundamentação pelo referencial teórico

Analisando o modelo de Betty Neuman na ótica do processo de resolução de problemas verifica-se conforme observado no Capítulo anterior, que ao longo da vida o sistema cliente é confrontado por diversas situações stressantes que colocam o seu bem-estar em causa. Porém, nem sempre as situações stressantes são passíveis de ser travadas pelas linhas de defesa dos mecanismos de proteção do sistema cliente, uma vez que o grau de complexidade do fator stressante pode ser elevado e pelos poucos recursos e capacidades do cliente. Há ainda que considerar, como vimos anteriormente, que a capacidade de resistência de um sistema depende também de certas características do cliente, do ambiente envolvente, mas em grande parte das competências deste ao nível das habilidades de resolução de problemas, podendo neste caso específico ser necessário recorrer ao suporte de um profissional de saúde para obter ajuda.

É neste sentido particular, que se considera que o Modelo de Sistemas está intimamente correlacionado com a aplicação da TRP, dado que o cliente, pode a qualquer momento encontrar uma situação adversa no seu quotidiano.

Particularmente no âmbito deste Projeto, e considerando a população abrangida (adolescentes com depressão), considera-se que esta teoria de enfermagem integra na sua plenitude a abordagem realizada, na medida em que a adolescência é uma fase do ciclo vital em que as estratégias de resolução de problemas estão a ser desenvolvidas e na qual a ocorrência de eventos negativos (stressores) podem contribuir para o desenvolvimento de doenças do foro mental, como a depressão. Por outro lado, os déficits na resolução de problemas e a incapacidade de manter o sistema cliente (adolescente) saudável, constituem também um fator de risco para a depressão nesta população.

Sobressai assim, a necessidade de introduzir a utilização de estratégias de intervenção de âmbito psicoterapêutico, que visem dar suporte ao indivíduo para que este desenvolva e reforce mecanismos de defesa e de adaptação face às situações adversas enfrentadas, de entre os quais se destaca o processo de resolução de problemas, que não só se comporta como uma metodologia de tratamento e estabilidade (nível de prevenção secundário), mas

também como um método preventivo (nível de prevenção primário), promovendo a reconstituição do sistema e evitando a repetição da reação ou a regressão (nível de prevenção terciário).

Ao nível da enfermagem, e com o auxílio da TRP, o Modelo de Sistema procura desta forma promover a manutenção de um sistema saudável para o cliente através da análise efetiva dos efeitos dos stressores ambientais e das adaptações que são essenciais realizar, de modo a garantir um nível ótimo de bem-estar (Neuman, 2011).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS PARA ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO E PAIS

O desenvolvimento deste PIS decorreu segundo a Metodologia de Projeto, a qual é explicada por Guerra (1994) (citada por Ferrito, Nunes, and Ruivo (2010, p. 3)), como sendo um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”. Os autores acrescentam que esta metodologia desencadeia um processo reflexivo intenso uma vez que é fundamentada pela investigação e conduz à criação de um projeto que é aplicado numa situação real. A utilização desta metodologia em contexto real acresce ainda o desenvolvimento de competências e capacidades de características pessoais.

Estruturalmente, a metodologia de projeto encontra-se repartida em seis partes distintas: identificação dos problemas e diagnóstico da situação, definição de objetivos, seleção de estratégias, planificação das atividades, implementação das atividades e avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ferrito et al., 2010).

Mediante o exposto e uma vez que já foi abordada previamente a problemática em questão, de seguida, será enquadrado o PIS desenvolvido no contexto de estágio e de prestação de cuidados, sendo posteriormente explanadas as fases da metodologia de projeto.

4.1 – Caracterização do Contexto de Cuidados: O Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa e a Unidade Partilhada

Situado na cidade de Lisboa, na freguesia de Alvalade, o CHPL, resulta da integração de dois históricos hospitais psiquiátricos e de saúde mental: o Hospital Júlio de Matos e o Miguel Bombarda⁴. Esta fusão ocorreu de modo a garantir a preservação do património

⁴ O Hospital Miguel Bombarda nasce a partir do Convento da Congregação da Missão dos Padres de S. Vicente de Paulo, instalado na quinta de Rilhafoles, que desde a sua fundação em 1717 acolhia os internamentos compulsivos de pessoas condenados pelo Santo Ofício por crimes contra a moral e os bons costumes. Fundado em 1848, foi o primeiro Hospital Psiquiátrico do país, com capacidade para 300 doentes (capacidade esta excedida em muito em 1969 – 6000 doente e condições desumanas) e para onde foram transferidos os “lunáticos” do Hospital de S. José. Esta instituição foi palco de um dos momentos mais importantes do convulsivo período que conduziu à implantação da República em Portugal: o assassinato de Miguel Bombarda (1851-1910), o médico e cientista que dirigiu o Hospital de Rilhafoles entre 1892 e 3 de outubro de 1910, dia em que foi morto por um doente mental no início do processo revolucionário que daí a dois dias culminaria na queda da Monarquia.

arquitetónico, assim como da reminiscência documental de evidente interesse histórico existente em ambas as instituições, constituindo testemunhos incontornáveis e avultados da História de Portugal e em particular da História da Saúde Mental e Psiquiátrica do país (Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa - CHPL, 2018a).

O CHPL criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de outubro, é dotado de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial e como parte integrante dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), rege-se pelo Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto, pela alínea a) do nº1 do artigo 2º da Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, pelas normas em vigor no SNS e pelo seu regulamento interno (Deliberação nº 1037/2014 de 6 de maio) (Ministério da Saúde, 2014).

Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados específicos ao nível da psiquiatria e saúde mental por equipas multiprofissionais a todos os cidadãos adultos, no âmbito da proficiência e capacidade das unidades que a compõe, de modo a dar resposta às políticas de saúde mental nacionais e regionais instituídas, aos planos estratégicos e outras decisões devidamente aprovadas pelos quadros superiores, especificamente aquelas que estão previstas no Plano de Ação para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (Lei 36/98 de 24 de julho – Lei da Saúde Mental; DL nº 304/2009 de 22 de outubro – Princípios orientadores da organização e gestão dos serviços de psiquiatria e saúde mental) (Ministério da Saúde, 2014; CHPL, 2018b)

Neste sentido, o CHPL pauta a sua atuação pela prestação de cuidados de saúde humanizados, eficientes e eficazes, com qualidade e atempados, procurando manter o

Mais tarde, em pleno Hospital Miguel Bombarda, surge o projeto de criação do Hospital Júlio de Matos, uma vez que os sócios de António Higinio Salgado de Araújo tinham-no internado à força no Hospital de Rilhafões. Pela experiência de estar ali internado o abastado empresário vivenciou as condições em que viviam os doentes mentais ali internados. Sensibilizado, Salgado de Araújo decidiu contribuir para uma alteração substancial dessa realidade e deixou em testamento os terrenos para a construção de um novo hospital psiquiátrico.

Com o assassinato de Miguel Bombarda, Júlio de Matos, psiquiatra especializado, vem a Lisboa e entra em contato com Salgado de Araújo em Rilhafões. Associado à doação do segundo, à ambição que o primeiro tinha em construir um novo hospital, fez com que em 1913, se iniciassem as obras do denominado Novo Manicómio de Lisboa ou do Campo Grande. Inaugurado a 2 de abril de 1942, o Hospital Júlio de Matos foi considerado na época um dos melhores da Europa. A reputação do hospital continuou a consolidar-se nos anos subsequentes, em grande parte devido à inovação da instalação da primeira Unidade de Psicocirurgia Portuguesa, onde Egas Moniz viria a desenvolver as técnicas de leucotomia pré-frontal e angiografia cerebral. Em 1947, no Congresso Internacional de Psicocirurgia Egas Moniz foi proposto para Nobel de Fisiologia/Medicina, o qual lhe seria atribuído em 1949.

Com o aumento da liberdade, incluindo a circulação no exterior do hospital para alguns deles, o hospital adquiriu maior notoriedade internacional, pela nova abordagem no tratamento dos doentes psiquiátricos (CHPL, 2018a).

equilíbrio económico e financeiro de forma sustentável. Mantém, de forma incansável, a estimulação pelo aumento da humanização na prestação de cuidados aos utentes adultos e o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial que englobem as necessidades dos mesmos, de modo a proporcionar a reinserção sociofamiliar e na comunidade, ao longo do ciclo vital (CHPL, 2018b).

Como principais valores salienta-se que esta instituição rege as suas atividades por valores como a “Equidade, a Responsabilidade, o Respeito, a Credibilidade e a Inovação, premissas determinantes na condução da organização, o que se traduz na prática dos seguintes princípios (CHPL, 2018b):

- Humanização e personalização no atendimento;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Respeito pelas condições culturais e convicções filosóficas e religiosas de cada doente;
- Direito dos doentes e familiares à informação sobre o estado de saúde, bem como a natureza e continuidade dos tratamentos;
- Promoção da saúde mental na comunidade, com organização de respostas adequadas e articuladas com as redes dos cuidados locais de saúde e da Segurança Social, autarquias e outras estruturas comunitárias;
- Equidade no acesso;
- Estímulo à investigação, inovação, atualização científica e desenvolvimento pessoal, centrado nas necessidades das populações a assistir;
- Excelência na intervenção técnica;
- Eficiência na gestão dos recursos;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente e responsabilidade social”.

Adicionalmente, como parte integrante do desenvolvimento quer pessoal quer profissional dos seus colaboradores, o CHPL integra ainda atividades como o ensino pós-graduado, investigação e formação tanto com entidades privadas como públicas (CHPL, 2018a; Ministério da Saúde, 2014).

No âmbito das atribuições do CHPL, denota-se que as áreas de influência e de referenciação onde esta instituição intervém estão de acordo com os contratos-programa celebrados, articulando-se com outras instituições que pertencem à rede de prestação de cuidados de saúde (CHPL, 2018a).

Na área de influência direta do CHPL, de acordo com os Censos 2011, foram identificados 815.580 habitantes, o que é identificado nas alíneas a) e b) do nº 1 do Despacho nº 7527/99 de 26 de março, do Ministério da Saúde, publicado no DR nº 88 – II Série de 15 de abril. Exclui-se nesta população as freguesias do Concelho de Almada e Concelhos do Médio Tejo, que englobam um total de 401.067 habitantes (Censos 2011) e que foram alocadas às áreas geodemográficas do Hospital Garcia de Orta e do Centro Hospitalar Médio Tejo. A área transferida para o Hospital Beatriz Ângelo (287.119 habitantes) em 2012 e a área transferida para o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira, em maio de 2013, traduziu-se em menos 244.377 habitantes (Censos 2011) (CHPL, 2018a).

Adicionalmente, o CHPL engloba ainda áreas de influência indireta, nas quais estão incluídos os distritos de Beja, Évora e Portalegre (onde residem 748.699 habitantes). Até junho de 2015 o CHPL foi o responsável pela resposta ao nível de internamento no distrito de Beja (CHPL, 2018a), tendo este aspeto sido colmatado pela abertura do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

Destaca-se desta forma, que o CHPL, inclui a prestação de cuidados especializados ao longo internamento dos utentes agudos através de programas transversais, organizados por patologias, por setores demográficos, com áreas funcionais de consultas externas e intervenção na comunidade, assim como através de projetos específicos de reabilitação de residentes que visam a desinstitucionalização (CHPL, 2018b; Ministério da Saúde, 2014).

Uma vez que esta instituição engloba a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental regional e também ao sul de Portugal continental, apresenta um vasto leque de recursos, quer de Assessoria Técnica, quer de Apoio Geral ou de apoio à Ação Clínica para o tratamento de doentes complexos. Encontra-se disponível áreas específicas de tratamento como a Unidade de Electroconvulsivoterapia (ECT) e Neurofisiologia, Serviço de Psicoterapias / Psicologia, Serviços Farmacêuticos, Unidade de Patologia Clínica e Unidade de Radiologia, conforme as necessidades específicas de cada utente e

de acordo com a racionalidade da distribuição de recursos, face às valências a nível local (CHPL, 2018a; Ministério da Saúde, 2014).

Adicionalmente, incorpora ainda serviços de reabilitação e reinserção social, no qual se destaca o Serviço de Internamento e Reabilitação (Convalescença), as Unidades de Residência e Reabilitação, os Serviços de Residentes e as Estruturas de Apoio, com áreas de dia e Terapia Ocupacional. Esta área de atuação do CHPL, também com equipa multidisciplinar, que tem como objetivo primordial prestar cuidados a pessoas com doença mental de evolução prolongada, de modo a prevenir a institucionalização, desenvolvendo assim programas de reabilitação com o propósito de integrar o utente novamente na comunidade (CHPL, 2018c).

O CHPL, integra o serviço de Psiquiatria Forense, com as valências de internamento e perícias. Este faz parte do Ministério da Justiça e é também ele composto por uma equipa multiprofissional, que tem como objetivo prestar cuidados e reabilitar pessoas inimputáveis da região sul do país (CHPL, 2018c).

Com os seus recursos humanos, o CHPL assegura ainda a intervenção comunitária e domiciliária em Sintra, Odivelas, Vila Franca de Xira, Mafra, Olivais e Graça em Lisboa, através de equipas multidisciplinares constituídas por Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social e Terapeutas Ocupacionais. O atendimento psiquiátrico de urgência é realizado no Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) – Hospital de São José, com recurso externo à instituição (CHPL, 2018c).

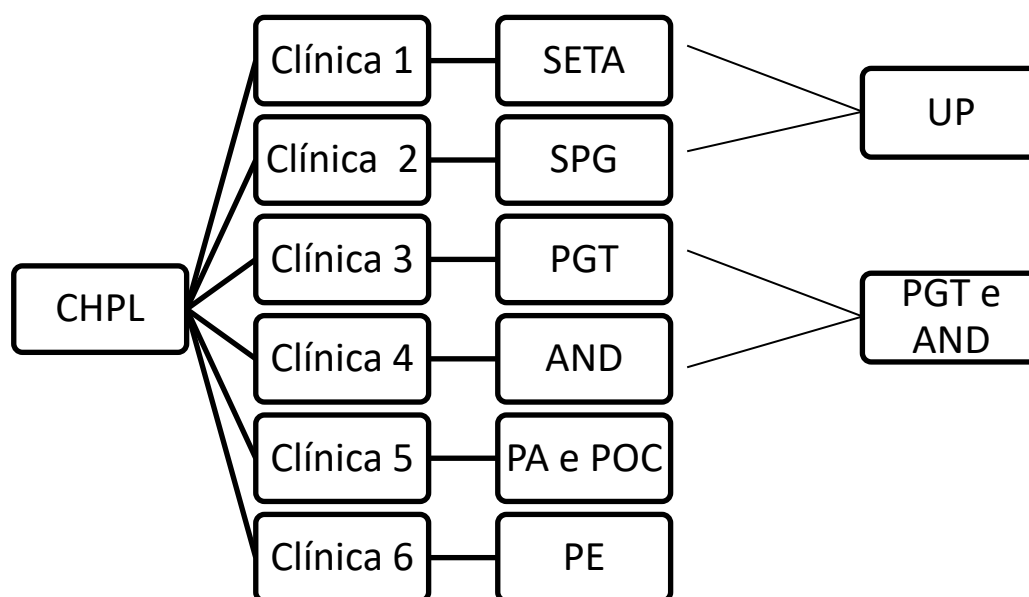


Figura 1: Disposição dos serviços de internamento do CHPL.

Legenda: SETA - Serviço de Estabilização e Triagem e Núcleo de Primeiro Surto Psicótico; SPG – Serviço de Psiquiatria Geriátrica; PGT – Psiquiatria Geral e Transcultural; AND – Alcoolologia e Novas Dependências; PA e POC – Patologia Afectivas e Perturbações Obsessivas e Compulsivas; PE – Psicoses Esquizofrénicas.

O CHPL acolhe também em áreas comuns as consultas externas, áreas e hospitais de dia, com programas e atividades ambulatoriais, que tanto podem desenvolver-se nas instalações do CHPL no Parque de Saúde de Lisboa, como na comunidade, fora do espaço físico do CHPL (CHPL, 2018b).

Pela vasta área de influência que abrange, o CHPL encontra-se subdividido em seis serviços de internamento de agudos, tendo cada um equipas assistenciais multidisciplinares próprias, nos quais presta cuidados de internamento em enfermarias/clínicas psiquiátricas (CHPL, 2018b; Ministério da Saúde, 2014):

O presente estágio no âmbito do 2^a Mestrado em Enfermagem em Associação no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica decorreu na Clínica 1, antigo SETA e atual UP.

Na escolha deste local de estágio está primeiramente a imponência do local e do nome associado à Instituição, bem como a qualidade de cuidados prestados e a possibilidade de desenvolvimentos de competências inerentes à Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Em segundo plano, importa salientar que já tinha realizado o Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no 2º Semestre do Mestrado em Enfermagem em Associação neste serviço, e como tal, já detinha conhecimento da sua organização, ambiente terapêutico, recursos materiais e humanos, indo estes ao encontro das minhas necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional. Adicionalmente, o facto de ser um serviço recente a nível organizacional, despoletou ainda mais motivação pela oportunidade de poder criar um projeto que fosse ao encontro da população que este abrange, promovendo de certa forma o desenvolvimento do serviço e auxiliando no processo de acreditação que está a atualmente a decorrer.

Sendo um Serviço recente e com organização ainda em estruturação, o presente contexto de estágio não se encontra descrito ainda nas plataformas informativas do

CHPL, contudo apresenta um regulamento estruturado conforme de cita de seguida (CHPL, 2018d).

A UP surge uma vez que a faixa etária entre os 15 e os 25 anos é aquela em que, de forma destacada, a suscetibilidade para o aparecimento de doenças psicóticas é maior. Sabe-se também que a DUP (*Duration of Untreated Psychosis*), ou seja, o período em que a pessoa já apresenta a doença, mas ainda não contactou os serviços especializados é, em média, de dois anos. O aparecimento, numa fase de estruturação da personalidade, como são a adolescência e o início da idade adulta, revela a necessidade de, dentro desta faixa etária, existirem serviços integrados, para que se garanta que não existam hiatos na resposta e na ligação que o jovem com doença estabelece com a equipa técnica, dado que esta é uma faixa etária especial pela sua vulnerabilidade, onde eclodem com maior frequência as patologias psiquiátricas.

Atualmente é isso que acontece no dia em que se completa 18 anos e há uma passagem abrupta para outros serviços, que mesmo tendo excelente qualidade, são corporizados por outros técnicos e outros espaços.

Neste sentido, a criação de serviços com uma filosofia de intervenção integrada e multidisciplinar é o apanágio das modernas estruturas da especialidade de saúde mental e psiquiátrica, na medida em que têm em conta não só tratamento do episódio agudo, mas também desenvolvem estratégias ao nível da reabilitação e reinserção da pessoa com doença mental na sociedade. Adicionalmente, envolvem-se com diversos atores da sociedade, focando a sua atenção ao nível da prevenção primária e na deteção precoce da doença.

Esta visão abrangente, promove o desenvolvimento de laços terapêuticos entre serviços, ou seja, entre os seus técnicos, que devem ser tão profundos e personalizados para cada utente, quanto possível.

Surge assim a UP, como uma Unidade com uma intervenção partilhada entre a Psiquiatria e a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de complementaridade, em que a experiência permitirá o desenvolvimento do conhecimento, a especialização dos técnicos e consequente melhoria dos cuidados prestados ao jovem entre os 15 e os 25 anos com alterações na saúde mental, da área de influência do CHLC e do CHPL, sendo também uma resposta regional de última linha.

A UP tem capacidade para 20 camas e dispõe de um piso (R/C do pavilhão), com uma área bruta de 1.401,68m² e útil de 1.118,46m² e ainda de uma área envolvente (jardim) de 623,75m².

O R/C do pavilhão é dotado de uma vasta área em forma de “H”, constituída por um espaço central e duas alas:

- O espaço central constitui o acesso principal ao edifício, com zona de receção, secretariado e ainda sala de enfermagem.
- Na ala nascente funcionam os espaços comuns, dotados de equipamentos destinados a intervenções psicoterapêuticas, treino de competências, atividade de reabilitação e formação, atividades ocupacionais e recreativas de lazer. Dispõe ainda de gabinetes clínicos, sala multimédia sala de registos multidisciplinar e espaço de interação mãe-bebé.
- Na ala poente, funciona a zona de quartos, sendo constituída por quartos comuns e quartos para as necessidades especiais e ainda o acesso ao jardim exterior.

Esta Unidade tem como missão implementar programas de intervenção especializada a pessoas com alterações na saúde mental na faixa etária entre os 15 e os 25 anos, residentes nas áreas de referência direta e secundária dos dois Centros Hospitalares. Adicionalmente, compete-lhe dar resposta na prevenção, deteção precoce, tratamento e reabilitação do adolescente e jovem adulto com alterações na saúde mental, com enfoque especial na intervenção precoce em fases iniciais de psicose com implicações importantes no prognóstico. Está também inerente à missão desta Unidade a valorização das componentes de investigação e formação nesta área.

Associado a estes pressupostos, a UP procura pautar a sua atividade pela procura das melhores práticas e respostas para cada situação psicopatológica, respeitando as características individuais dos seus utentes, em ambientes terapêuticos, assente em cultura de multidisciplinariedade. Para tal, pretende ser uma unidade de referência na avaliação, tratamento, reabilitação e prevenção em saúde mental e psiquiátrica do adolescente e jovem adulto.

A esta unidade compete o diagnóstico e tratamento de pessoas com problemas de saúde mental entre os 15 e os 25 anos ou problemas de saúde mental da gravidez ou puerpério, independentemente da idade. São ainda objetivos:

- O desenvolvimento de investigação no âmbito do trabalho clínico realizado de forma autónoma ou através de parcerias;
- A integração em redes ou associações de serviços clínicos com características similares a nível nacional ou internacional;
- A participação e o desenvolvimento de ações de formação que visem cumprir os objetivos da unidade;
- A formação pré e pós-graduada em Medicina, Enfermagem e outros grupos profissionais;
- A intervenção com outros atores na comunidade, com ações de prevenção, deteção precoce e sensibilização;
- A identificação, formação e treino de pessoas chave na comunidade.

A nível organizacional, a Direção da unidade é constituída pelo Diretor do Serviço, o Enfermeiro em cargo de gestão e Administrador Hospitalar do CHPL. No âmbito da parceria, integra ainda a Direção da unidade, o Médico responsável da Psiquiatria da Infância e Adolescência, o Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com cargo de gestão e o Administrador Hospitalar da Especialidade de Pedopsiquiatria do CHLC, para coadjuvar nas decisões inerentes à unidade.

A equipa multidisciplinar é composta por Psiquiatras e Psiquiabras da Infância e Adolescência; Enfermeiros (preferencialmente com a Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica), Psicólogos; Terapeuta Ocupacional; Assistente Social; Psicomotricista; Assistentes Operacionais; Assistente Técnico. A UP tem ainda como consultores um Neuropediatra; Pediatra; Neurologista; Médico de Medicina Interna; Farmacêutica e Dietista.

No que diz respeito ao processo de referenciação, uma vez que a UP é uma unidade de cariz regional, atende doentes da área de referenciação primária do CHPL e CHLC e de forma secundária do sul do país. Concomitantemente, a referenciação é feita através das consultas externas dos Centros Hospitalares e da urgência do CHLC (Urgência Geral e Pediátrica) com indicação para internamento de Psiquiatria / Psiquiatria da Infância e Adolescência, que se incluam na faixa etária e tenham critérios de referenciação clínica / admissão.

Ao nível da admissão, são necessários os seguintes critérios:

- Idade compreendida entre os 15 e os 25 anos à data do internamento;
- Sintomatologia psiquiátrica e pedopsiquiátrica que pela sua gravidade, disfuncionalidade ou risco que apresentam para o adolescente e jovem adulto ou para os outros, inviabilize o tratamento ambulatorio;
- Em caso de primeiro episódio psicótico, a faixa etária pode ser estendida até aos 28 anos.

Exclui-se do internamento, utentes que preencham os seguintes critérios:

- Consumo e dependência de substâncias;
- Comportamento delinquente ou de cariz anti social;
- Perturbação do comportamento alimentar;
- Deficiência intelectual;
- Situações sociais graves sem psicopatologia ou em que a psicopatologia não justifique o internamento.

O processo de internamento integra um conjunto de procedimentos relacionados com a Admissão, o Internamento na Unidade e a Alta do utente. O procedimento de Admissão e Internamento na Unidade inclui: a proposta de internamento; o acolhimento (ANEXO I); o período de avaliação diagnóstica; a elaboração do Plano de Intervenção Articulado (PIA); o contrato terapêutico; o envolvimento da família / pessoas significativas; e a intervenção terapêutica. No que concerne ao processo de Alta, este compreende: a referência Pós Alta; e Follow-up telefónico e / ou presencial.

Durante o internamento o indivíduo internado tem acesso a um completo programa de atividades (ANEXO II), que engloba variadas áreas de atenção ao nível da Saúde Mental e Psiquiátrica e que visa restaurar o funcionamento do global do mesmo, no qual o EESMP colabora em variadas vertentes. Também se encontra em funcionamento um programa de Follow-up com durabilidade de 1 ano e com o suporte da equipa de Enfermagem, em particular dos EESMP, com propósito de avaliar necessidades no pós-alta, bem como prevenir o reinternamento.

4.2 – Diagnóstico da Situação

O primeiro passo da metodologia de projeto diz respeito à elaboração do diagnóstico da situação, sendo este definido como um mapa cognitivo que pretende identificar a problemática em questão num determinado contexto, com base nas necessidades sentidas pela população (Ferrito et al., 2010).

Na base do diagnóstico de situação situam-se dois conceitos primordiais: o problema e a necessidade. O primeiro, define-se como “estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade” enquanto que o segundo, pode ser explicado como “a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir”. Procura-se com esta etapa corrigir o que se encontra em falta, de modo a dar uma resposta que permita resolver o problema (Tavares, 1990, citado por Ferrito et al. (2010, p. 10)).

Esta é uma etapa dinâmica e contínua, dado que permite a caracterização constante da situação, mantendo-se permanentemente em atualização. O diagnóstico da situação é um processo que pretende promover respostas de qualidade com o intuito de satisfazer as necessidades das populações, sendo “(...) fundamental mobilizar os recursos humanos que são um elemento fulcral para a mudança de qualquer instituição, assim como é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que invistam na formação contínua.” (Ferrito et al., 2010, p. 10).

Para um efetivo diagnóstico de situação e para que seja possível uma intervenção adequada, torna-se necessária uma colheita de informação minuciosa, no sentido de determinar prioridades e definir necessidades (Imperatori & Giraldes, 1982).

Neste sentido, é necessário primeiro definir o problema, pelo que para a realização do presente projeto, recorreu-se aos dados estatísticos referentes aos internamentos dos utentes da UP desde janeiro até novembro de 2018, de modo a identificar a problemática mais prevalente no contexto de estágio. Tais dados foram fornecidos já tratados estatisticamente pela UP, referindo-se à faixa etária entre os 15 e os 25 anos de idade. Salienta-se que houve 373 internamentos (333 utentes internados), dos quais 73 apresentavam transtornos depressivos como diagnóstico. Relativamente à população adolescente (entre os 15 e os 18 anos), verificou-se que neste período temporal estiveram internados 61 jovens.

A análise destes dados permitiu concluir que no universo populacional de utentes utilizadores da UP, 21,9% (1/5) apresentam transtornos depressivos, sendo que 18,3% são adolescentes.

A representatividade destes dados é corroborada de um modo geral pela literatura, no que diz respeito às questões epidemiológicas, dado que a depressão apresenta uma elevada prevalência, quer ao nível da população adulta, quer ao nível da população jovem (HBSC, 2016; Matos & colaboradores, 2018; Thapar et al., 2012). Adicionalmente, os resultados encontrados na população da UP vão ao encontro dos referidos na literatura ao nível da distribuição por género, na medida em que existe maior incidência desta patologia no sexo feminino (80,3%) (Nock et al., 2013; OMS, 2014).

No sentido de complementar a perceção do problema e identificar as necessidades da UP, também foram realizadas entrevistas informais tanto com o Enfermeiro Chefe como com o Enfermeiro Orientador do Estágio, no sentido de recolher mais informação e opiniões acerca das necessidades do serviço. Destaca-se que mediante os dados estatísticos referidos anteriormente, ambos os entrevistados ressaltaram a existência de lacunas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem nesta população, na medida em que não existia definido nenhum projeto/atividade diretamente relacionada com a população adolescente com depressão, apesar de existir um plano de atividades semanal na UP para o desenvolvimento de diversas competências genéricas, bem como para a melhoria da sintomatologia global e qualidade de vida dos indivíduos. Acessoriamente, foi referenciada a importância de abordar / incluir a família enquanto elemento ativo na prestação de cuidados e como recetor dos mesmos, visto serem elementos preponderantes no tratamento dos adolescentes, não só nesta patologia, mas em qualquer outra patologia do foro psiquiátrico. Sobressaiu ainda a importância da realização de um projeto que fosse dinâmico, completo e que abrangesse questões do dia-a-dia, na medida em que a população adolescente deveria poder utilizá-lo de forma efetiva.

Pelo apresentado, constata-se que esta avaliação global evidencia claramente o problema depressão na adolescência no seio deste contexto clínico, sendo esta corroborada pela literatura consultada (M. Matos & colaboradores, 2018; OMS, 2018). Concomitantemente, a literatura auxilia ainda na definição das necessidades expondo a resolução de problemas como uma temática com elevado potencial e importância neste âmbito (Eskin, 2013). Salienta-se que a resolução de problemas apresenta a possibilidade

de ser introduzida no quotidiano do adolescente, podendo também ser incluídas as famílias, no que diz respeito ao ensino deste tipo de competências. Esta técnica auxilia também na melhoria nos sintomas depressivos, pelo que se considera que vai ao encontro do que foi referido pelos profissionais entrevistados durante a averiguação das necessidades e identificação do problema. Os Capítulos anteriores reforçam ainda a nível teórico a importância destes aspetos nesta população, dado que o problema depressão na adolescência e a necessidade de aplicação efetiva e eficaz de técnicas de resolução de problemas, demonstram ser reais e concretos, sendo também relevantes na prática (L. Almeida & Freire, 2007).

Do mesmo modo, de forma a complementar a realização do diagnóstico da situação foi desenvolvida uma análise SWOT, como método reflexivo e de confrontação acerca dos fatores positivos e negativos para esta situação, particularmente no sentido de verificar se se encontravam reunidas as condições para a realização do projeto (L. Almeida & Freire, 2007; Ferrito et al., 2010). Esta análise pode ser observada na figura seguinte:



Figura 2: Análise SWOT para a realização do diagnóstico da situação

Sobressai que em termos de oportunidades, internamente a UP apresenta uma equipa maioritariamente jovem e que está a ser reforçada por novos elementos oriundos de outra

instituição hospitalar (Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia). Como é uma equipa composta por três EESMP, um deles com uma vasta experiência na área e o facto de ser um serviço recente e ainda em reestruturação organizacional, para além de desencadear uma elevada motivação nos profissionais, possibilita também a inclusão de novos projetos. Associadamente, a política de investigação instituída no CHPL, bem como o facto de o próprio Conselho Diretivo ser empreendedor, assim como o aumento do interesse na Saúde Mental e o desenvolvimento de políticas nesta área, quer nacionais, quer a nível internacional, são fatores que se consideram que poderão vir a facilitar este processo.

Porém, existem ameaças à realização deste projeto, destacando-se neste caso também a questão de ser um serviço ainda em processo de organização o que pode atrasar e dificultar a implementação do projeto. Por outro lado, apesar de a equipa estar a ser reestruturada, mantém-se a escassez de recursos humanos, pelo que a instauração deste novo projeto poderá causar embaraços em termos de gestão organizacional. Há ainda que ter em conta a atual conjuntura económica quer do CHPL, quer do país, na medida em que poderá tornar o caminho para desenvolvimento deste plano árduo.

4.3 – Definição de Objetivos do PIS

A fase seguinte compreende a fixação dos objetivos que se pretendem alcançar com o projeto definido. Esta é considerada uma etapa fundamental no desenvolvimento de um PIS, dado que “(...) apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 77)

Pelo exposto foram definidos como objetivos gerais para este PIS:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de problemas relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Considerou-se, como objetivos específicos, para este PIS:

- Explicar a psicopatologia da depressão, definindo a sua sintomatologia principal;

- Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
- Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;
- Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;
- Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
- Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

4.4 – Seleção de Estratégias do PIS

Por conseguinte surge a etapa da seleção de estratégias, a qual desempenha um papel proeminente ao longo do desenvolvimento de um PIS. Pretende-se nesta etapa definir qual o caminho mais adequado para reduzir o problema definido inicialmente, necessitando-se para tal de criatividade e inovação, com vista a cumprir os objetivos fixados na etapa posterior (Imperator & Giraldes, 1982). Fortin (1996), refere que as estratégias utilizadas durante a realização de um PIS são as estratégias aplicadas ao nível do processo de investigação, estando diretamente relacionadas com os recursos existentes e com a metodologia escolhida para a elaboração do mesmo.

Tendo por base a teoria de Neuman, na qual um indivíduo está sujeito ao meio ambiente no qual se encontra inserido e considerando que a adolescência é a fase do ciclo vital mais propícia para que os sujeitos sejam expostos a diversos fatores externos que podem abalar o seu sistema pessoal, primariamente foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas e livros, relacionada com o tema depressão na adolescência, no sentido de auscultar qual a metodologia mais adequada para ser utilizada no sentido de fazer face ao problema definido.

Sobressaiu de imediato a aplicação das TCC e da psioeducação, nomeadamente através do *Copin With Depression Course for Adolescent* (CWD-A) (Lewinsohn et al., 1990), originalmente denominado de *Coping with Depression Course* (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz-Breckenridge & Teri, 1984) e posteriormente modificado para a população adolescente.

O CWD-A está desenhado para conter 16 sessões de duas horas cada durante um período de 8 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, podendo, no entanto, as sessões ser realizadas ou modificadas para ser efetuadas a nível individual ou por módulos.

Este é um curso conduzido por um líder (com competências em diversas áreas profissionais, como a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) que promove a capacitação dos adolescentes através do desenvolvimento de competências específicas para que estes consigam controlar a depressão, em variados contextos como o relaxamento, as atividades de prazer, os pensamentos negativos, as competências sociais, a comunicação e a resolução de problemas. Estes aspetos são desenvolvidos ao longo das sessões, com o suporte de um manual do adolescente que contém tarefas, leituras breves, questionários de auto monitorização, exercícios para realizar em casa e breves inquéritos.

Adicionalmente, e como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, este CWD-A engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões semanais (num total de nove, com duração de duas horas), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

A maioria das sessões parentais são separadas dos adolescentes, com exceção de duas, nas quais existe uma dinâmica familiar na resolução de problemas e negociação. Do mesmo modo que é facilitado um manual do adolescente, é também fornecido um manual ao pais.

Uma vez que o programa do CWD-A se tornava demasiado extenso para ser aplicado em contexto de estágio e considerando que se pretendia reforçar apenas alguns aspetos relativos à depressão no sentido de atingir os objetivos propostos, nomeadamente a resolução de problemas, no presente PIS incorporaram-se as sessões alusivas a essa temática. Adicionalmente, e uma vez que a comunicação se encontra intimamente interligada com o processo de resolução de problemas, optou-se por incluir no PIS também as sessões relativas à comunicação.

No sentido de dar resposta aos restantes objetivos, foi ainda considerada a pesquisa acerca de escalas de avaliação da depressão e sua sintomatologia na população adolescente, bem como escalas que avaliassem o contexto familiar.

Da pesquisa realizada acerca das escalas para avaliação da depressão foram identificadas diversas, contudo considerou-se especificamente o BDI-II (Beck, 1971) (Apêndice I) uma vez que também foi a escala utilizada para avaliação da sintomatologia depressiva no CWD-A.

Foi utilizada a versão portuguesa traduzida e validada por Ponciano, Cardoso & Pereira (2004), sendo esta empregue na avaliação dos sintomas correspondentes aos critérios do DSM-IV para diagnosticar as perturbações depressivas. O inventário é, assim como em versões prévias, constituído por 21 grupos de sintomas, ou itens, e pode ser aplicado a indivíduos a partir dos 13 anos. Nesta segunda versão do BDI foram suprimidos quatro itens da versão precedente (perda de peso, alteração na imagem corporal, preocupação somática e dificuldade profissional), tendo sido permutados por outros quatro (agitação, falta de valor / inutilidade, dificuldades de concentração e astenia), uma vez que era necessário avaliar a sintomatologia específica das depressões mais graves. Adicionalmente, houve também alterações ao nível dos itens alusivos ao sono e ao apetite, na medida em que era prioritário incluir a avaliação das situações mais exacerbadas destes sintomas (hipersónia e hiperfagia). Os restantes itens tiveram apenas remodelações ao nível da semântica (Campos, 2010; Relvas, 2012).

Os mesmos autores salientam que cada grupo é composto por quatro frases, com valores que variam entre zero e três pontos (a prerrogativa surge nos itens 16 e 18 com sete frases, mantendo-se, no entanto, a pontuação de 0 a 3), ordenadas de acordo com a intensidade, de modo a que o sujeito identifique a frase que melhor o define relativamente ao estado emocional, no espaço temporal referente às duas últimas semanas. Da mesma forma como nas versões anteriores, a pontuação global obtém-se através do somatório da pontuação de todos os itens, situando-se entre o zero e os sessenta e três pontos, conforme as respostas dos indivíduos. Smarr & Keefer (2011) referem que através deste score total é possível aferir quatro grupos (pontos de corte) relativos à severidade de depressão em pessoas diagnosticados com depressão maior: Score total entre 0 e 13: Depressão mínima; Score total entre 14 e 19: Depressão ligeira; Score total entre 20 e 28: Depressão moderada; e Score total entre 29 e 63: Depressão severa.

No que concerne a escalas de avaliação do contexto familiar, neste PIS procedeu-se também a uma análise da literatura, tendo sido identificada a *Family Environment Scale* (FES) originalmente elaborada por Moos & Moos em 1986 e traduzida e validada para a população portuguesa por Matos & Fontaine (1992). A FES é um instrumento de autoaplicação que avalia o entendimento sobre as particularidades do ambiente social da família. Esta escala tem sido utilizada exaustivamente em situações de avaliação e intervenção terapêutica, apresentando variadas potencialidades, na medida em que permite relatar e equiparar as perceções de pais e filhos relativamente ao seu ambiente familiar, assim como reconhecer características e dinâmicas familiares que contribuem para o estado psicológico dos seus constituintes, avaliar o impacto das intervenções realizadas e diferenciar famílias funcionais das disfuncionais. Adicionalmente, a FES permite o prognóstico de características psicológicas e fisiológicas relacionadas com o comportamento adaptativo ou desadaptativo dos elementos das famílias.

Esta escala, na sua versão completa apresenta 90 itens avaliados numa escala de Likert de seis pontos (de 1 = discordo totalmente a 6 = concordo totalmente). Este instrumento avalia o ambiente familiar através de dez subescalas distribuídas por três dimensões – Relação, Crescimento Pessoal e Manutenção do Sistema. A dimensão Relação é formada por três subescalas: Coesão, que agrega nove itens, referentes à ajuda e apoio entre os membros da família; Expressividade, que inclui nove itens e comporta a expressão de sentimentos; e Conflito, que integra nove itens, referentes os conflitos expressos abertamente (Nielsen, 2006; Vianna, Silva, & Souza-Formigoni, 2007). A dimensão Crescimento Pessoal é composta por cinco subescalas: Independência, que incorpora nove itens e apresenta a capacidade de tomada de decisões; Orientação para o sucesso, que agrega nove itens, estando relacionada com as atividades direcionadas para um objetivo; Orientação intelectual e cultural, que inclui nove itens, alusiva às atividades políticas, intelectuais e culturais; Orientação ativa-recreativa, que integra nove itens e representa as atividades sociais e recreativas; e Ênfase moral e religiosa, que incorpora nove itens, centrando-se nas questões éticas e valores religiosos (Nielsen, 2006; Vianna et al., 2007). Por fim, a dimensão Manutenção do Sistema está organizada em duas subescalas: Organização, que integra nove itens, apresentando a organização no planeamento das atividades familiares e o Controlo, que agrega nove itens, alusivos à presença de regras e procedimentos na vida diária familiar (Nielsen, 2006; Vianna et al., 2007).

Destaca-se que a FES pode ser aplicada segundo três formatos: para avaliação do ambiente real (forma R), do ambiente ideal (forma I) e do ambiente esperado (forma E) (Moos & Moos, 1994). No âmbito do presente PIS, considera-se pertinente aplicar a forma de avaliação do ambiente real, com o intuito de conhecer o contexto familiar do adolescente, antes e depois da aplicação do projeto sendo, portanto, utilizada uma versão que se refere apenas à primeira dimensão (forma R) (ANEXO III)⁵. Importa salientar que a dimensão Relação é constituída pelas subescalas coesão que integra os itens 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 e 25, a subescala expressividade que engloba os itens 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 e a subescala conflito que apresenta os itens 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 e 27) (P. Matos & Fontaine, 1992). Nesta versão portuguesa, os autores referem que nos itens 2, 4, 6, 12, 13, 17, 19, 21 e 27 a contabilização é realizada de forma invertida.

No decorrer da definição das estratégias verificou-se ainda a necessidade de incluir uma entrevista inicial antes da realização e inclusão dos adolescentes no PIS, no sentido de promover uma avaliação alargada e global do mesmo, perspetivando-se perceber o contexto ambiental e fatores stressantes que afetavam os adolescentes (Neuman, 1995). A entrevista é considerada indispensável para a apreciação da pessoa no contexto da saúde mental e psiquiátrica, permitindo que se recolham informações durante o contato com o Enfermeiro. Esta intervenção é essencial para avaliação da situação da pessoa no sentido de auxiliar o Enfermeiro a decidir o seu projeto terapêutico. De um modo geral, a informação obtida refere-se à pessoa e à sua condição de saúde, manifestando-se através de uma metodologia na qual o Enfermeiro procura compreender todos os fatores biológicos, psicológicos e sociais, que desempenham um papel no aparecimento do problema e que de algum modo poderão influenciar a sua recuperação (Mackinnon, Michels, & Buckley, 2018).

Optou-se pelo desenvolvimento de um guião de entrevista inicial geral (Apêndice II) que incorporasse desde os dados biológicos, psicológicos e sociais, assim como o exame físico e o exame do estado mental do adolescente. Acessoriamente, considerou-se pertinente utilizar a Entrevista Clínica Estruturada (Apêndice III) para os transtornos do DSM-5, nomeadamente o aspeto relativo aos Episódios de Humor (First & al., 2017), no sentido de avaliar os aspetos relativos à depressão.

⁵ Escala colocada em anexo e não em apêndice, por não ter sido autorizada a sua aplicação.

Após a análise e avaliação da possibilidade de aplicação destas estratégias como resposta aos objetivos definidos anteriormente, considerou-se que as mesmas eram adequadas, passando-se à fase seguinte, o planeamento do PIS.

O PIS passou a nomear-se de Projeto Comunicação e Resolução de Problemas para Adolescentes e Pais (CRP-A/P).

4.5 – Planeamento do PIS

Nesta fase do PIS desenvolve-se um esboço elaborado, no qual se incorpora o levantamento de recursos, as possíveis limitações do projeto, bem como se define o calendário das atividades a serem realizadas (Ferrito et al., 2010).

No que concerne á calendarização das atividades, verifica-se que esta deve “definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das atividades do projecto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário da execução do projecto.” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 149).

Para dar sentido ao presente PIS foi desenvolvido um cronograma de Gantt, no sentido de auxiliar o progresso das atividades delineadas e que foram decorrendo durante a fase de planeamento do projeto. O cronograma para as atividades desenvolvidas pode ser visto de seguida (Quadro 1):

ATIVIDADE	SET		OUT				NOV				DEZ					JAN			
	16-22	23-29	1-7	8-14	15-21	22-28	29-4	5-11	12-18	19-25	26-2	3-9	10-16	17-23	24-30	31-6	7-13	14-20	21-27
Pedido de autorização à CES e Conselho Executivo																			
Criação do Guia de Entrevista Geral																			
Elaboração do Guia de Entrevista de Humor																			
Definição dos Objetivos e Critérios de Seleção dos Participantes																			
Elaboração das Escalas de Avaliação (BDI-II, FES, Sociodemográfico, C. Informado, ...)																			
Elaboração dos Manuais dos Enfermeiros para as sessões de Adolescentes e Pais																			
Elaboração dos Manuais de Atividades das sessões de Adolescentes e Pais																			
Criação de Panfleto para apresentação do Projeto CRP-A/P																			
Identificação dos Recursos da UP																			
Elaboração do Power Point para a apresentação das sessões em adolescentes e pais																			
Desenvolvimento de Power Point para apresentar o CRP-A/P na UP																			
Identificação dos participantes																			*

Férias letivas de 20 de dezembro a 1 de janeiro * Fim do estágio a 25 de janeiro

Quadro 1: Cronograma de Atividades de Planeamento do Projeto

Conforme referido ao nível da etapa das estratégias, inicialmente foram elaborados dois Guias de Entrevista para serem aplicados num primeiro contato com o adolescente, com vista a estabelecer e desenvolver a relação de ajuda profissional, que é descrita como um processo de auto consciencialização do indivíduo, que com o suporte do Enfermeiro, tem como objetivo “favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Phaneuf, 2005, p. 324).

No sentido de repor a homeostasia de um indivíduo, Chalifour (2007) salienta a importância que o ato de cuidar na ESMP representa, dado que permite que o indivíduo com patologia do foro mental consiga estabelecer relações interpessoais significativas.

O Enfermeiro promove através dos seus cuidados especializados na vertente relacional, a possibilidade de o indivíduo analisar a sua situação problemática atual, prestando suporte e demonstrando compreensão sobre os acontecimentos. É deste modo que desencadeia um processo de resolução de problemas, procurando atuar sem juízos de valor nem preconceitos, para que a solução encontrada se apresente de acordo com a perspetiva daquilo que é considerado importante para o indivíduo e não de acordo com a sua própria opinião. Par tal é importante que a problemática em questão se foque no presente, de maneira a que seja possível desenvolver uma relação de ajuda terapêutica (Lazure, 1994).

Uma das formas de tornar este aspeto possível e auxiliar na árdua tarefa que é o cuidar das necessidades de ajuda de um indivíduo, diz respeito à utilização da entrevista. Esta pressupõe “(...) uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.” Phaneuf (2005, p. 250), desenvolvendo-se através de uma conversa na qual a pessoa que apresenta uma necessidade de ajuda, tem como objetivo ver a mesma satisfeita.

Em particular em ESMP, espera-se que a entrevista de enfermagem seja mais do que uma mera troca de informações, sendo este um momento importante para auxiliar na modificação da situação de saúde do indivíduo. Convoca-se neste sentido a importância de abordar a entrevista de colheita de dados, que de acordo com Phaneuf (2005, p. 265), é “(...) uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de

observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objectivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados.”

A utilização de entrevistas em ESMP para além de incorporar os dados gerais de uma anamnese (dados físicos, história pessoal, social, dados demográficos, entre outros), centra-se adicionalmente na avaliação do estado mental do indivíduo, incluindo elementos afetivos, cognitivos e comportamentais (Phaneuf, 2005; Potter & Perry, 2006). Sobressai que o uso de um Guia de Entrevista predefinido auxilia o processo de colheita de dados, permitido que o procedimento seja metódico, mas ao mesmo tempo, dinâmico e interativo, facilitando a abordagem de todos os aspetos necessários para uma avaliação global, motivo pelo qual se optou pelo uso de uma Entrevista Estruturada Geral e também pela Entrevista Clínica Estruturada para os transtornos do DSM-5, nomeadamente relacionada com os Episódios de Humor (First & al., 2017).

No seguimento das atividades desenvolvidas, e uma vez que tinha sido definida a problemática em questão, bem como a população e as necessidades do serviço, aquando da entrevista informal com o Enfermeiro Chefe e com o Enfermeiro Orientador do Estágio, foi apresentada a ideia base para o PIS, tendo esta como fio condutor a resolução de problemas na população adolescente com depressão.


O atual PIS, CRP-A/P, incorpora apenas as partes do CWD-A relativas à comunicação e à resolução de problemas e negociação. A escolha destes aspetos deve-se ao facto de se verificar que na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas, em particular na presença de patologia depressiva. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013). Associado a este facto, a comunicação interfere de forma bastante ativa neste processo, na medida em que “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as

emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.” (Phaneuf, 2005, p. 23). Considerou-se pela interferência demonstrada em todos os aspetos relativo ao ser humano, e em particular ao nível da saúde mental e no indivíduo com depressão, a necessidade de integrar a comunicação no projeto.

Neste sentido, o CRP-A/P foi desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P englobou ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

Pretendeu-se que as sessões decorressem em grupo, finalizando-se com uma sessão em conjunto com os adolescentes e pais. Esta sessão deveria decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a metodologia / TRP, tendo por base as situações problemáticas específicas identificados pelos próprios intervenientes. Desta forma, projetava-se desenvolver as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Desejou-se com esta organização que ao longo das sessões fosse também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda. O conteúdo das sessões para pais e adolescentes pode ser consultado no quadro seguinte (Quadro 2).

Para o presente projeto, foram considerados critérios de inclusão e exclusão para os participantes, de acordo com os pressupostos do CWD-A. Como critérios de inclusão definiu-se ter diagnóstico de depressão ou alterações de humor de acordo com o DSM-5; ter entre 15 e 18 anos de idade (5ºano ao 12ºano); e apresentar competências de leitura superiores ao 5ºano. No que diz respeito aos critérios de exclusão, os adolescentes não deveriam apresentar diagnóstico de doença bipolar, distúrbio de pânico, distúrbio de



A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão |

conduta, esquizofrenia; deter doença com défices cognitivos; demonstrar risco extremo de suicídio ou depressão grave.

Semana	Sessão	Conteúdo Sessões Adolescentes	Conteúdo Sessões Pais
Semana 1	Sessão 0	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição da agenda 2. Introdução ao projeto 3. Descrição do projeto 4. Definição dos objetivos 5. Questionário do Humor 6. <i>Guidelines</i> para o projeto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição da agenda 2. Introdução ao projeto 3. Definição dos objetivos 4. <i>Guidelines</i> para o projeto 5. Conceitos apresentados aos adolescentes
	Depressão e Competências Sociais	<ol style="list-style-type: none"> 7. Aprender a controlar a própria vida Intervalo 8. Fazer novas interações com outras pessoas 9. Feedback construtivo 10. Aprender a mudar a vida (Personalidade de Três partes e Espirais Emocionais) 11. Definição do trabalho para casa Avaliação da sessão / Feedback 	<p>Reações e Questões</p> <p>Intervalo</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Perspetiva da depressão 7. Competências sociais 8. Definição do trabalho para casa 12. Avaliação da sessão / Feedback
Semana 1	Sessão 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição da agenda 2. Princípios da comunicação 3. Escutar – Três tipos de resposta Intervalo 4. Julgar vs compreender respostas 5. Exercício de casa 6. Avaliação da sessão / Feedback 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição da agenda 2. Princípios da comunicação <p>Reações e Questões</p> <p>Intervalo</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diferentes abordagens para escutar 4. Definição do trabalho para casa
	Comunicação 1		

			Avaliação da sessão / Feedback
Semana 1	Sessão 2	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Expressar os sentimentos positivos	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Escuta ativa: julgar vs compreender 4. Expressar os sentimentos positivos
3º dia	Comunicação 2	Intervalo 4. Expressar sentimentos negativos 5. Definição do trabalho para casa 6. Avaliação da sessão / Feedback	Reações e Questões Intervalo 5. Expressar sentimentos negativos 6. Definição do trabalho para casa Avaliação da sessão / Feedback
Semana 2	Sessão 3	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Uso de imagens assertivas 4. Justificação para a negociação e resolução de problemas	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Justificar a negociação e resolução de problemas 4. Regras básicas para resolver desentendimentos
1º dia	Resolução de problemas e negociação 1	Intervalo 5. Regras básicas para resolver conflitos 6. Definir o problema 7. Praticar resolução de problemas e escuta ativa 8. Definição do trabalho para casa	Reações e Questões Intervalo 5. Definir o problema 6. Brainstorming 7. Escolha de soluções 8. Implementação e contrato

		9. Avaliação da sessão / Feedback	9. Definição do trabalho para casa Avaliação da sessão / Feedback
Semana 2	Sessão 4	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Brainstorming 4. Escolher uma solução	
2º dia	Resolução de problemas e negociação 2	Intervalo 5. Implementação e contrato 6. Praticar negociação e resolução de problemas 7. Definição do trabalho para casa 8. Avaliação da sessão / Feedback	
Semana 2	Sessão 5	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Resolução de problemas guiada com os pais	1. Definição da agenda 2. Verificação do exercício de casa 3. Resolução de problemas guiada com os adolescentes
3º dia	Resolução de problemas e negociação 3	Intervalo 4. Definição do trabalho para casa 5. Avaliação da sessão / Feedback	Reações e Questões Intervalo
Semana 3	Sessão 6	1. Definição da agenda 2. Revisão da sessão conjunta com os pais	Avaliação da sessão / Feedback 1. Definição da agenda 2. Revisão da sessão conjunta com os adolescentes

1º dia	Prevenção	3. Questionário do Humor	3. Manter os ganhos
	Planeamento e	4. Manter os ganhos	4. Revisão dos conteúdos do projeto
	Término	Intervalo	Reações e Questões
		5. Reconhecimento e prevenção precoce da depressão	Intervalo
		6. Resumo do projeto	5. Lidar com problemas diários grandes eventos da vida
		7. Finalização do projeto	6. Reconhecer e prevenir a depressão
			Finalização do projeto

Quadro 2: Explicação alusiva ao planeamento das sessões do projeto CRP-A/P

Pretendeu-se desenvolver um estudo descritivo e correlacional, pelo que metodologicamente e considerando que associado a este PIS está também um estudo de investigação, importa referir que foi delineado um protocolo de estudo, conforme se descreve de seguida.

Para além das questões éticas inerentes a qualquer estudo de investigação e conforme é referido no Subcapítulo 4.7, foram elaborados quatro Manuais com base nas sessões originais do CWD-A sobre a resolução de problemas e comunicação, sendo estas posteriormente adaptadas relativamente à realidade do serviço, à população atual, bem como de acordo com o tempo disponível para a realização do PIS. Dois Manuais (adolescentes e pais – Apêndice IV e V) são manuais para os Enfermeiros e servem de guia para as sessões, bem como apresentam os conteúdos teóricos abordados em cada sessão. Os outros dois Manuais (Apêndice VI e VII) são exclusivos para os adolescentes e para os pais, servindo não só como manual de atividades, mas também como manual de apoio, na medida em que suportam conteúdos teóricos que podem servir para fundamentar futuras dificuldades ao nível da resolução de problemas e comunicação. Foi ainda acoplado a cada Manual um Power Point para ser integrado ao longo das Sessões, uma vez que contem conteúdos teóricos expositivos que permitem aos participantes desenvolver algumas das atividades inscritas no projeto CRP-A/P.

Determinou-se que para cumprir os objetivos, seria necessário aplicar as escalas BDI-II e FES antes e depois das sessões, de modo a verificar se estas teriam ou não benefício ao nível da sintomatologia depressiva, bem como ao nível do ambiente familiar. Adicionalmente, pretendia-se que tanto os adolescentes como os pais preenchessem um questionário sociodemográfico previamente às sessões (Apêndice VIII).

Como previsto num estudo de investigação, inicialmente também seria apresentado um consentimento informado e esclarecido, o qual se encontra devidamente explicado no Subcapítulo das Considerações Éticas. No momento de aplicação deste documento, o qual incorpora uma explicação detalhada do CRP-A/P seria ainda entregue aos adolescentes e pais um panfleto sobre o projeto (Apêndice IX), apresentando-se de forma resumida os principais pontos de interesse referentes aos conteúdos do mesmo.

Este é um tipo de fonte de informação escrita que é habitualmente encontrada nos serviços de saúde e permite a autonomia do indivíduo, relativamente à aquisição das próprias competências. Ademais, verifica-se que os folhetos são a fonte de informação

mais eficiente, fiável, económica e imediatamente disponível para o indivíduo, servindo de complemento à informação que é habitualmente fornecida pelos profissionais de saúde. (Shieh & Hosei, 2008).

Numa fase posterior foi ainda realizada uma apresentação oral do CRP-A/P na sessão clínica semanal que decorre na UP, às quartas feiras, tendo estado presentes elementos da equipa médica, da equipa de enfermagem e outros profissionais que colaboram ativamente na prestação de cuidados à população do serviço (assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional). Para a presente apresentação foi realizado um Power Point simplificado, conforme se exhibe no Apêndice X.

No epílogo desta apresentação as reações foram positivas à implementação deste projeto, tendo os participantes salientado a importância de projetos deste género na UP. Adicionalmente, sugeriram a diminuição do tempo de duração das sessões (inferior a 90 min), tendo em conta a população adolescente e a sua dificuldade em estar concentrados durante um período de tempo tão elevado, derivado também da sua situação de saúde atual.

Conforme referido anteriormente, a fase de planeamento convoca também a explanação das limitações do projeto bem como a identificação dos recursos, quer sejam eles materiais, humanos, técnicos ou financeiros necessários para a realização das atividades inerentes ao mesmo (Ferrito et al., 2010).

No que diz respeito às principais dificuldades encontradas, salienta-se que se identificou inicialmente o risco de não existir motivação para a participação no projeto, essencialmente da parte dos cuidadores pela fraca adesão às sessões, motivo pelo qual se tentou sobre tudo diminuir ao máximo o número de sessões parentais, bem como o tempo de duração. Adicionalmente, procurou-se que as sessões decorressem preferencialmente aos sábados à tarde e num outro dia da semana, fora do horário laboral e dentro do horário da visita, sem que isso prejudicasse a mesma (a visita prolongar-se-ia de acordo com o tempo despendido durante a sessão). Concomitantemente, a questão inerente ao número de adolescentes participantes, foi outros dos riscos definidos, uma vez que a população da UP é inconstante. Tal aspeto deve-se essencialmente ao facto de não se conseguir prever quais os internamentos num determinado momento.

A limitação anterior vem no seguimento de um outro fator potencialmente causador de impacto para a implementação do estudo. Este fator diz respeito à autorização do Conselho Executivo do CHPL para a aplicação do CRP-A/P na UP, uma vez que foi solicitada a autorização no início de outubro e previa-se que a resposta viria a ser demorada. Tal aspeto foi verificado posteriormente, tendo o parecer positivo sido enviado no final de dezembro de 2018 e como tal, pelo calendário escolar vigente, apenas em janeiro de 2019 foi possível dar continuidade ao projeto.

Da análise realizada relativamente aos meios necessários para a elaboração do CRP-A/P, importa referir que ao nível dos recursos humanos, não se verifica qualquer interferência, dado que a equipa se encontra munida com três EESMP, sendo possível aplicar o projeto na atualidade, assim como existe a possibilidade de dar continuidade ao mesmo. Destaca-se apenas a questão dos rácios Enfermeiro / doente, que no início do estágio impossibilitavam o desenvolvimento do projeto, mas que com a atual reformulação da equipa permite a implementação do mesmo, se não houver alterações no número de efetivos.

No que diz respeito aos meios técnicos e materiais, a UP detém todo o material necessário para a aplicação do CRP-A/P, destacando-se a utilização de um Data Show, quadro branco, marcadores, folhas de papel, canetas, fotocopiadora, sala, mesas e cadeiras. Contudo, uma vez que todo este material implica investimento financeiro, e considerando a conjuntura atual do país e a política de contenção de despesas, considera-se que o presente projeto poderá ficar oneroso, tanto para a UP como para o CHPL.

Conforme demonstrado inicialmente a etapa final do planeamento visa a identificação dos participantes para o estudo. Este aspeto apenas foi realizado em janeiro, pelos constrangimentos sentidos relativamente às questões burocráticas, o que teve posteriormente efeito na etapa seguinte, que diz respeito à implementação das intervenções delineadas.

4.6 – Execução, Avaliação e Divulgação do PIS

A etapa de execução da metodologia de projeto centra-se na concretização efetiva de tudo o que foi anteriormente planeado, pelo que tudo o que foi idealizado, passa agora

para a esfera do real (Carvalho et al., 2001; Nogueira, 2005 citado em Ferrito et al. (2010)).

Esta é a altura em que se torna evidente a necessidade de pesquisa de dados e informações que permitam a resolução do problema previamente definido, de acordo com o calendário estabelecido e com as atividades determinadas. Adicionalmente, a execução incorpora ainda a recolha de dados a nível teórico, mas essencialmente através dos contatos estabelecidos no contexto real da ação do projeto delineado. Sobressai que esta colheita de informação pode ocorrer a vários níveis, desde a simples observação direta, até à utilização de questionários. Consecutivamente, procede-se à aplicação das atividades definidas com vista à resolução do problema (Castro et al. 1993; Leite et al., 1989 citado em Ferrito et al. (2010)).

Concluída todas as tarefas planeadas na fase anterior e iniciada a fase de prospeção de participantes, verificou-se que durante as duas primeiras semanas (semanas essas primordiais para o início da implementação do CRP-A/P pela questão temporal) foram apenas identificados três adolescentes com critérios para a inclusão no projeto. Destes, um recusou participar no mesmo, outro teve alta na primeira semana de janeiro e o terceiro estava institucionalizado, sem poder ter contato com os pais. Salienta-se que os restantes adolescentes internados na UP neste período apresentavam sintomatologia psicótica, não apresentando critérios de inclusão no CRP-A/P.

Pelo exposto, não foi possível dar continuidade à fase de execução do projeto CRP-A/P, no entanto, destaca-se que apesar de não ter sido diretamente aplicado na população adolescente e não ter sido possível na fase de elaboração obter resultados que corroborem os objetivos propostos inicialmente, foram granjeados objetivos em termos de aprendizagens, resolução de problemas e desenvolvimento de competências pessoais do Mestrando.

Entra-se assim na fase de avaliação do projeto, sendo este um processo rigoroso e contínuo, que permite rever processos e assim melhorar a coerência, a eficácia e a eficiência do projeto. Esta etapa incorpora diversas fases, como a avaliação intermédia, a avaliação final, a avaliação do processo e do produto final do projeto (Ferrito et al., 2010).

No que diz respeito à avaliação intermédia, os mesmos autores referem que esta é realizada do decurso da execução do projeto e permite uma reflexão sobre o caminho

percorrido. É nesta altura que é importante realizar as primeiras críticas e realizar os ajustes necessários, bem como avaliar possíveis melhorias. Segue-se posteriormente a avaliação final, que deve ser generalizada e deve analisar todo o projeto em si. Este tipo de avaliação deve considerar os objetivos inicialmente instituídos, bem como deve permitir uma reflexão para futuros projetos e metodologias alternativas.

Salienta-se a importância de incluir grelhas de avaliação relativamente à participação e papel desempenhado pelos elementos envolvidos nos projetos, bem como relativamente aos conteúdos e outros aspetos relacionados com a satisfação do mesmo (Ferrito et al., 2010).

Aquando da elaboração do CRP-A/P, considerou-se de imediato a avaliação das sessões motivo pelo qual foi construído uma grelha de acordo com os pressupostos acima referenciados, de modo a ser preenchida pelos adolescentes e pais aquando do término das sessões (Apêndice XI). Para além dos questionários já abordados anteriormente (BDI-II e FES), os quais os adolescentes e pais deveriam preencher para posteriormente poder avaliar-se a eficácia das sessões de TRP, o projeto compreendia também o preenchimento de questionários com os conteúdos teóricos das sessões pelos adolescentes (inserido nos manuais no fim de cada sessão), de modo a que estes pudessem avaliar as próprias competências adquiridas.

Apesar de não ter sido possível realizar estas avaliações na medida em que não houve *quórum* para a aplicação prática do CRP-A/P, torna-se possível avaliar o processo desenvolvido ao longo da elaboração deste projeto. Desta forma, considera-se que apesar de a etapa de execução não ter sido realizada, a equipa de enfermagem e a UP viram materializar um projeto com um certo grau de complexidade, baseado na evidência científica e com intervenções de enfermagem sistematizadas, que com os ajustes adequados (após a primeira aplicação na população) trarão uma melhoria na prestação dos cuidados prestados aos adolescentes com depressão e seus pais. Apesar de ter sido realizado dentro de um espaço de tempo limitado, de um modo geral não houve intercorrências ao longo do desenvolvimento do projeto que pudessem ter interferido com o seu percurso. Salienta-se apenas a questão administrativa, que atrasou de certo modo o início das sessões do CRP-A/P.

Por fim aborda-se a divulgação dos resultados, na qual se ressalva a importância da implementação de um projeto. Na área da saúde, denota-se que num projeto delineado

através de um processo de resolução de um problema ou do acréscimo de uma necessidade, a divulgação possibilitará o reconhecimento do mesmo pela população externa, promoverá a sensibilização para o problema em questão e irá promover debates sobre as estratégias adotadas para a sua resolução. Adicionalmente, a divulgação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos profissionais, bem como ao nível da melhoria dos cuidados prestados aos indivíduos, demonstrando aos utentes os esforços da instituição na melhoria dos cuidados, beneficiando estes últimos, os profissionais e as próprias instituições pelo fornecimento de informação científica, servindo de exemplo para outros serviços e instituições (Ferrito et al., 2010).

Com vista a divulgar parte do produto do presente PIS, foi elaborado um artigo de investigação intitulando-se “A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão: o benefício na sintomatologia depressiva”, o qual se apresenta no Apêndice XII.

4.7 - Considerações Éticas

A investigação quando é praticada com seres humanos leva o investigador a conduzir a mesma no absoluto respeito pelos valores, direitos e liberdades das pessoas, considerando os princípios essenciais aplicados pelos códigos de ética (Fortin, 1996; Ignacio & Taylor, 2013). Tendo por alicerce estas diretrizes, considera-se que a investigação deve ser realizada com suporte no respeito e pela beneficência das pessoas que a ela estão sujeitas (Fortin, 1996).

A investigação realizada decorreu de acordo com as regras éticas necessárias para realização de um estudo, tendo para tal sido desenvolvido um consentimento informado, bem como um termo de autorização para a participação no mesmo, no qual o participante (adolescente e representante legal) ficariam informados acerca do fundamento do estudo, dos propósitos do mesmo, dos procedimentos que decorreriam ao longo do processo investigativo (desenho de investigação, método de colheita de dados, ...), de como seriam selecionados os participantes e as vantagens e desvantagens. Iriam ainda ficar elucidados sobre facto de a participação ser voluntária e que se quisessem abdicar de participar o poderiam fazer quando desejassem sem risco de penalidades ou prejuízos. O carácter confidencial das informações obtidas também foi acentuado neste consentimento, bem como facto de não haver remunerações ou gastos para os sujeitos participantes. Ficaria

disponível para o participante, o contacto do investigador, disponibilizando-se o mesmo para elucidar o sujeito participante. Cada participante ficaria com uma cópia do consentimento informado. Todos os participantes teriam que aceitar participar no estudo através do consentimento esclarecido, informado e assinado. Considerando a atual legislação sobre a proteção de dados, foi considerado este aspeto durante a realização do Consentimento Informado, conforme sugestão da Comissão de Ética e Comissão de Proteção de Dados do CHPL (Apêndice XIII).

Uma vez que a população em estudo são adolescentes com patologia do foro mental e seus pais, e mediante o facto de estes poderem ser inseridos num grupo de pessoas vulneráveis, há que ter em conta que qualquer estudo investigativo realizado deve ter em atenção que não deverá haver qualquer procedimento pejorativo nem distinção de qualquer tipo, mas sim uma atitude de beneficência por parte dos investigadores, segundo Fortin (1996). Dado que o objetivo do estudo se prende com a diminuição da sintomatologia depressiva e avaliação do contexto familiar de jovens com depressão, procurou-se sempre minorar incómodos possíveis aquando da realização da colheita de dados. Foi tido em consideração o facto de serem doentes debilitados a nível mental, verificando-se a condição clínica do doente e a sua capacidade para participar no estudo.

Acessoriamente, e uma vez que foram utilizadas as escalas de Beck, FES e CWD-A, foram pedidas as autorizações aos autores das escalas de modo a que as mesmas pudessem serem empregues no presente estudo (ANEXO IV). Contudo, a autora da FES nunca chegou a responder aos contatos realizados, não tendo, portanto, ficado válida a utilização da mesma.

Para realização do estudo foi ainda pedido parecer às Comissões de Ética do CHPL e Conselho Administrativo da mesma Instituição (ANEXO V), tendo o parecer sido positivo, após terem sido efetuadas as alterações sugeridas no Consentimento Informado. De acrescentar que o projeto do estudo foi aprovado pela Direção Clínica da UP.

Tendo por base os princípios básicos que regem a profissão de enfermagem, no âmbito da sua Deontologia Profissional e do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), considera-se que foram cumpridos os requisitos relativamente aos pressupostos éticos exigidos, durante a realização do PIS.

5. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NO RAMO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ao longo do tempo a profissão de Enfermagem tem procurado desenvolver e fundamentar os seus conhecimentos, transpondo os mesmos para o exterior através da divulgação, de modo a demonstrar a sua autonomia e independência relativamente a outras profissões que estão no campo da prestação dos cuidados de saúde. Sendo a Enfermagem uma área do conhecimento que engloba os “saberes e processos centrados nas respostas humanas e no autocuidado com o objectivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena” (Abreu, 2007), implica que incorpore em si um elevado número de competências para que consiga atingir uma prestação de cuidados de excelência.

Na procura constante pelo desenvolvimento de competências, no seu processo de formação contínuo, o Enfermeiro, com base na afirmação do Conselho Internacional de Enfermeiros que descreve competência como “(...) um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Nunes (2010, p. 8) citando Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 16), patenteia a sua prestação de cuidados de modo a utilizar aptidões de enfermagem que possibilitem a prestação de cuidados que visem a “(...) compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir” (Collière, 1999, p. 290).

Sobressai que a competência não se define única e exclusivamente pelo saber fazer e pelos conhecimentos adquiridos, implicando também a capacidade para saber utilizá-los numa determinada realidade e de forma adequada e refletida. Este é sem dúvida um processo dinâmico e estruturado, que convoca no Enfermeiro a capacidade de mobilizar os seus conhecimentos, bem como a sua experiência, com o propósito de resolver situações inerentes à prestação dos cuidados de enfermagem (Le Boterf, 2003).

Neste sentido surge o conceito de “perito” introduzido por Patricia Benner, que se traduz no modo como cada Enfermeiro “(...) desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional assim como uma multitude de experiências profissionais.” (Nunes, 2010, p. 3). A passagem para este nível de competência passa a desenvolver-se de forma fluida, através de processos complexos e de modo eficaz, com

base em experiências pregressas, que permitem ao Enfermeiro desenvolver a prestação de cuidados compreendendo a mesma de forma holística e integrando-a ativamente. Ademais, Benner dá especial atenção à aquisição de experiências, salientando que a “(...) diferenciação entre o conhecimento teórico – “saber o quê” – do conhecimento prático – “saber como” – assenta na prática vivida de cuidados, na experiência, na autoridade intelectual e científica.” (Nunes, 2010, p. 3).

Com vista a atingir futuramente este nível, de acordo com o exposto e considerando que o presente Relatório vem no âmbito do estágio final realizado no contexto do 2º Mestrado em Associação com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de seguida serão analisadas e refletidas as competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre desenvolvidas no contexto de prestação de cuidados, com o auxílio da construção do PIS realizado no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

5.1 – Análise do desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

Hoje em dia, os cuidados prestados pelos Enfermeiros destacam-se pela relevância extrema que apresentam e exigem dos seus profissionais, competências a nível técnico e científico, fazendo emergir necessidades de diferenciação e especialização por parte destes profissionais.

No sentido de dar resposta a esta evolução, a Ordem dos Enfermeiros, através do seu Estatuto, atribuí o título de EE, definindo este como “ (...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº140/2019 - OE, 2019, p.4744).

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, cada área de especialidade apresenta um Regulamento de Competências da respetiva Especialidade em Enfermagem, no entanto, o título de EE requer que os profissionais de enfermagem detenham ainda um leque de competências comuns que são transversais a todas as áreas de prestação de cuidados, sendo estas descritas como “(...) as competências, partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção,

gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

As Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas estão divididas em quatro domínios com as respetivas competências associadas, conforme menciona o Regulamento nº 140/2019, as quais serão de seguida explanadas (OE, 2019).

Domínio: *A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

Competência: *A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

A prestação de cuidados encerra em si responsabilidades, direitos e deveres que devem ser cumpridos e exigidos, com o propósito final de prestar cuidados de qualidade. Para que o exercício da profissão de enfermagem se desenvolva salvaguardando os direitos e normas deontológicas da área, torna-se necessário que os seus profissionais estejam cientes e se rejam pelos principais regulamentos que fundamentam estas orientações. Neste sentido, o REPE no seu artigo 8º menciona que na prestação de cuidados, “(...) os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (OE, 1996, p. 2961). Ao mesmo tempo, a Deontologia Profissional de enfermagem, refere que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (Assembleia da República, 2015, p.8078), incluindo adicionalmente como valores complementares ao estabelecimento da relação profissional princípios como a igualdade, a liberdade, a capacidade de escolha, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade. Este regulamento abraça ainda aspetos relativos aos valores humanos, ao dever de informação, ao dever do sigilo, ao dever pela intimidade, bem como apela à responsabilização pela humanização dos cuidados, à vida e à promoção da sua qualidade.

Torna-se assim necessário referir que é imperativo que no exercício das suas funções o EE consiga demonstrar competências de ordem ético-deontológica, para assim prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade na sua área específica ao indivíduo, família e comunidade. Este aspeto é devidamente conseguido através da

correta identificação das necessidades, bem como através da adequação das intervenções instituídas, devendo estas ser aplicadas com base na evidência científica e sendo suportadas pela responsabilidade ética e legal regente da profissão de enfermagem.

Ao longo do presente estágio e de toda a prática clínica, foram respeitados todos os princípios éticos e deontológicos inscritos na Deontologia Profissional, bem como foram honrados os compromissos estabelecidos pelo REPE, procurando-se deste modo ir ao encontro do cumprimento do que se encontra estabelecido na declaração universal dos direitos do homem e da criança, na carta dos direitos e deveres dos utentes e ao mesmo tempo, no documento interno do CHPL que apresenta as regras de conduta dos profissionais, bem como menciona os direitos dos seus utentes.

Procurou-se ainda atuar de acordo com os principais princípios éticos, isto é, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Beauchamp & Childress, 1994), tendo em conta a autonomia individual de cada sujeito, salvaguardando os costumes, valores, crenças espirituais e práticas habituais de cada um.

Como parte integrante deste percurso, houve a possibilidade de participar em tomadas de decisões éticas com a equipa multiprofissional, em situações relativas a contencções mecânicas em adultos, bem como intervir em posições respeitantes a questões inerentes à privacidade, segurança, sigilo e promoção de crenças e costumes. Este último ocorreu particularmente devido à abrangência geográfica da UP, bem como devido à diversidade cultural que esta instituição incluía. Salienta-se ainda a participação em questões de índole ética na população adolescente relativas a situações de negligência ou de maus tratos aos adolescentes e que poderiam vir a implicar a institucionalização dos mesmos.

Para o desenvolvimento e crescimento ao nível desta competência, contribuiu também o desenvolvimento do PIS, na medida em que foram considerados desde o início do projeto todas as questões subjacentes à responsabilidade profissional, ética e legal necessárias para a elaboração e possível implementação de uma metodologia como a apresentada anteriormente no Capítulo relativo ao CRP-A/P.

Destaca-se como impulsionador das competências inerentes a este domínio a UC de Epistemologia, Ética e o Direito em Enfermagem, bem como as UC de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica I e II, na medida em que proporcionaram conhecimentos globais sobre as questões éticas e deontológicas, mas ao mesmo tempo promoveram o

desenvolvimento de competências específicas ao nível do conhecimento de certas implicações relativas às responsabilidades inerentes à prestação de cuidados à pessoa com patologia do foro mental.

Reconhece-se que nas habilidades de enfermagem definidas por Benner, o Enfermeiro, incorpora em si qualificações diferenciadoras, referentes às experiências vivenciadas, destacando-se o conhecimento, no qual se encontra a sabedoria para definir o modo correto de agir de acordo com uma determinada situação. Torna-se evidente a necessidade de abordar, Carper pelos diversos tipos de conhecimentos que a mesma identificou, contudo, nesta competência específica do EE, sobressai a necessidade de referir a importância que o conhecimento ético desempenhou no desenvolvimento e aquisição de competências nesta área. Este é um “conhecimento sobre princípios e valores, o bom e desejável, ética de enfermagem, princípios da prestação de cuidados” (Nunes, 2010, p. 7) e que associado ao conhecimento reflexivo, promoveu no Enfermeiro a evolução e crescimento pessoal e profissional, melhorando assim o seu desempenho na prestação de cuidados.

Domínio: *B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Competência: *B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.; B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

De acordo com o REPE no seu 9º artigo, os Enfermeiros realizam intervenções autónomas e interdependentes, conforme o diagnóstico de enfermagem realizado e tendo em conta as suas qualificações. Compete ainda ao Enfermeiro, estar devidamente imiscuído “(...) no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”, mais concretamente “Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados”; “Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipas utilizados na prestação de cuidados de enfermagem”; “Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem” (OE, 1996, p. 2961).

O próprio EOE na Deontologia Profissional inscreve no seu artigo 109º, referente à Excelência do Exercício, que o Enfermeiro deve procurar em todo o ato profissional prestar cuidados no mais alto nível de qualidade (Assembleia República, 2015).

Neste sentido, tendo em conta que a UP é um serviço recente, em permanente reestruturação e que durante o período de estágio foi apresentado modificações constantes ao nível da melhoria contínua de prestação de cuidados, foi possível participar neste âmbito, quer ao nível de modificações de carácter físico e estrutural que foram acontecendo (remodelação de instalações), quer de carácter funcional, como na construção e instituição de protocolos (guia de acolhimento, plano de emergência, controlo de infeção, plano semanal de atividades, modelo organizacional da UP). Ao mesmo tempo e considerando que a UP pretende entrar no programa de acreditação de serviços de saúde foi ainda possível auxiliar neste processo, participando nas estratégias iniciais que visavam sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança na prestação de cuidados oferecidos por este serviço (DGS, 2014).

Para além dos regulamentos abordados anteriormente, foi ainda tido em consideração no âmbito deste domínio a aplicação integral dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), no que diz respeito ao enquadramento conceptual dos diversos enunciados descritivos (OE, 2001), mas foi especialmente refletida a atuação durante a prestação de cuidados em contexto clínico tendo em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), visando desta forma a melhoria contínua da prestação de cuidados.

Procurou-se, deste modo seguir todos os protocolos, normas e procedimentos já instituídos no CHPL e UP, com base na promoção da saúde e na prevenção da doença, tendo sempre em consideração o aspeto da comunicação interpessoal com o binómio doente / família, de modo a que ambos fossem incluídos em todo o processo e se sentissem satisfeitos com os cuidados prestados.

Como complemento deste domínio, o desenvolvimento do PIS, coadjuvou no desenvolvimento de competências, na medida em que possibilitou a conceção de um projeto a nível institucional com base em evidência científica, que visava a melhoria dos cuidados prestados a uma população específica, tendo sido possível disseminar o mesmo para a toda a equipa multidisciplinar, apesar de não ter havido possibilidade de o implementar. Ademais, toda a estratégia de planeamento realizada, demonstrou as

aptidões inerentes a este domínio, não se conseguindo depois avaliar os resultados nem verificar a necessidade de melhoria em função do modo como decorreu a implementação. Apesar de tudo, definiram-se estratégias para avaliar o PIS, de modo a realizar uma revisão integral do mesmo e reformular, com base na melhoria contínua da prestação de cuidados.

Procurou-se também dar especial relevância à questão da gestão do ambiente terapêutico e seguro, na medida em que foram tomadas as devidas precauções na administração de terapêutica, bem como foram utilizados os equipamentos necessários de proteção individual. No que diz respeito à administração de fármacos, foram tomadas precauções especiais, na medida em que estes são na sua maioria uma novidade para o Mestrando, quer em termos de indicação terapêutica, quer em termos de interações ou de efeitos secundários, sendo este um aspeto que apesar de tudo necessita de ser continuamente melhorado, mais que não seja pela intermitência de avanços que esta área apresenta. Este contexto clínico envolve, apesar de tudo um elevado número de situações potencialmente causadoras de quebra de segurança e risco ambiental, nomeadamente no que diz respeito à prestação de cuidados ao doente com agitação psicomotora e com comportamentos agressivos ou na gestão do ambiente do doente face à prevenção de quedas associadas à medicação. Neste âmbito, há que incluir a gestão do ambiente no que diz respeito aos internamentos de ordem compulsiva (sempre que se justifique e de acordo com a Lei da Saúde Mental), que contempla, como os restantes um elevado risco de fuga, bem como o risco associado aos comportamentos auto lesivos e o risco de suicídio. Tornou-se, portanto, fundamental desenvolver aptidões no sentido de se estar constantemente atento aos sinais indicativos destas alterações comportamentais, bem como de possíveis situações que pudessem ser potenciadoras de um acréscimo de risco, visando a proteção da vida e a integridade física dos indivíduos.

Tendo em conta que “cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam” incorpora medidas necessárias para “prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção”, foram desenvolvidas competências nos diversos níveis de contenção inseridos no norma de orientação da DGS (Ordem 021/2011 - DGS, 2011, p. 4), no sentido de melhorar o desempenho enquanto EE, mas acima de tudo de modo a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem e a promoção da segurança dos utentes e do ambiente que os rodeia.

Adicionalmente, tendo em conta a importância de um efetivo Controlo de Infecção e sendo esta uma competência do Enfermeiro, independentemente da tipologia de serviço, considerou-se ter sido cumprido este critério, tendo adicionalmente sido também supervisionados os Assistentes Operacionais (AO) na execução de medidas como a Higiene das Mãos e de descontaminação de superfícies, sendo posteriormente orientados e elucidados acerca de melhores práticas, no sentido de melhorar o seu desempenho e ao mesmo tempo garantir uma melhor qualidade de cuidados.

Como parte integrante do desenvolvimento das competências deste domínio, considera-se que UC de Gestão e Governação Clínica em Enfermagem desempenhou um papel preponderante, particularmente no que diz respeito à segurança e gestão do risco, assim como ao nível dos padrões de qualidade em saúde e à sua aplicabilidade nos contextos de prestação de cuidados de saúde. Salienta-se a importância também da vertente de sistemas de informação e comunicação, considerando que foi essencial a utilização de “(...) de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem especializados em saúde mental do cliente, as intervenções próprias de enfermagem especializada em saúde mental e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializada obtidos pelo cliente” (OE, 2011, p.11). Considera-se que a utilização da CIPE no contexto de saúde mental, através de um sistema informático simplificado, foi uma mais valia no crescimento de competências teóricas e práticas e no desenvolvimento sistemático de registos e avaliações de enfermagem, permitindo consequentemente o planeamento de melhores cuidados.

Na ótica de Benner esse domínio de competência interliga-se diretamente com o domínio técnico e prático, sendo este, segundo Nunes (2010, p. 5) a “(...) competência técnica com sustentação teórica, capacidade de agir no imprevisto e autonomia na tomada de decisão para a execução.”, incorporando acima de tudo o saber fazer e o saber saber.

Domínio: C - Domínio da gestão dos cuidados

Competências: *C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

O n.º 6 do artigo 9.º do REPE estabelece que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (p. 2961), pelo que se considera que a aplicação de competências de gestão por parte de um EE é essencial, na medida em que permite garantir a qualidade e a segurança da prestação de cuidados, desencadeando assim ganhos em saúde (OE, 1996).

Neste domínio o EE fortalece as suas competências, desenvolvendo assessoria, partilhando decisões, auxiliando na tomada das mesmas, fornecendo um vasto domínio de conhecimentos que melhoram o desempenho dos restantes Enfermeiros e da sua equipa multidisciplinar, para assim aperfeiçoar a qualidade da prestação de cuidados (OE, 2001, 2019).

O presente contexto de estágio permitiu a oportunidade de desenvolver estratégias específicas com os adolescentes e jovens adultos, delineadas em conjunto com a equipa de enfermagem e quando necessário auxiliadas por outros membros da equipa multidisciplinar, como por exemplo as psicólogas clínicas ou a terapeuta ocupacional.

Salienta-se que a pertinência das reuniões clínicas semanais (onde se discute, de forma individual, na equipa multidisciplinar, o plano individual de cuidados de cada utente), as trocas de informações entre os diversos profissionais diariamente e as passagens de turno, nas quais houve oportunidade de assistir e participar ativamente, contribuíram para o desenvolvimento da melhoria do processo de cuidados relativamente à tomada de decisão.

Acessoriamente, sobressaiu a necessidade de estabelecer e delegar tarefas, conforme é referido no artigo 10º do REPE, devendo estas ser confiadas “(...) em pessoal [...] funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.” (p.2961), sendo da responsabilidade do Enfermeiro a qualidade e a continuidade destes cuidados, tendo de assumir a inteira responsabilidade por eles (OE, 1996). Destaca-se particularmente os aspetos relativos às questões da alimentação e da higiene, as quais são delegadas maioritariamente aos AO e supervisionadas pelos Enfermeiros neste contexto clínico. Foram também fornecidas orientações e instruções específicas em outras atividades lúdicas e pedagógicas, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Concorre ainda neste domínio a necessidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos conforme as disposições e os âmbitos em que se enquadram. Neste sentido, um EE tem necessariamente de ter capacidade de liderança, pelo que se considera que esta está estritamente correlacionada com a aptidão que um indivíduo tem de influenciar outros, no sentido de atingir objetivos, sabendo “conjugar, de um modo integrado, as suas características às características dos seguidores e às variáveis da situação.”. Particularmente na enfermagem, a liderança engloba competências relacionadas com a capacidade de comunicar e gerir essa mesma comunicação, sendo esta habilidade crucial para a construção de relações pessoais e também profissionais, promovendo uma maior autoconsciência e anuência face às diversidades. Ademais, pela possibilidade que a liderança traz na transformação de uma equipa, podendo ir ao encontro dos objetivos das instituições, requer por parte do Enfermeiro competências técnico-científicas, humanas e relacionais elevadas, que são habitualmente encontradas no EE (Alves, Ribeiro, & Campos, 2010, p. 53).

Dentro deste contexto, emerge ainda a necessidade de abordar o conceito de dotações seguras em enfermagem (DSE), sendo estas definidas pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2006, pp. 5-6) como “(...) estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”.

Freitas and Parreira (2013) explicitam o conceito teórico de DSE, referindo que este se reporta, à quantidade adequada de Enfermeiros (número de Enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e à qualidade dos mesmos (formação e experiência dos Enfermeiros) relativamente às necessidades dos utentes. Este aspeto, quando adequado, permite que exista um ambiente favorável de prestação de cuidados, podendo os mesmos ser realizados com qualidade e em segurança, promovendo a satisfação dos utentes.

A OE, nos PQCE, considera que manutenção adequada da qualidade de cuidados em saúde é uma tarefa multiprofissional, assumindo nitidamente que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.” (OE, 2001, p. 6). Cabe, desta forma, às instituições de saúde onde é exercida a profissão de enfermagem dotar as suas estruturas de condições adequadas e ao mesmo tempo proporcionar recursos, de modo a desenvolver ambientes

favoráveis à prestação de cuidados com qualidade e ao desenvolvimento da profissão de enfermagem (OE, 2001). Esta posição fica reforçada através no Artigo 96º, na alínea c) do nº2, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), (Assembleia da República, 2015) onde é referido que o Enfermeiro tem o direito a “Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade” (p.8101).

Considerando que na procura da excelência dos cuidados deve ser tido em conta também o aspeto organizacional dos mesmos, a OE no documento referente aos PQCE realça que “São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem (...) o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;” (OE, 2001 p. 18), isto são, as DSE.

Emerge do conceito das DSE e da sua importância, o conceito de segurança associado aos cuidados de saúde e consequentemente a necessidade de criação de indicadores de qualidade. Com o intuito de reduzir os erros e com o propósito de melhorar a segurança dos utentes foram criadas algumas recomendações, das quais se destaca a adequação das dotações de enfermagem, nas diversas tipologias de serviço (ICN, 2006, 2017).

Salienta-se que neste documento não se encontra especificada a metodologia para a correta contabilização das dotações nos serviços de saúde mental e psiquiátrica, sendo esta uma necessidade premente para uma correta gestão e adequação dos recursos, bem como para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança. Contudo, o documento relativo ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento 356/2015), refere que no sentido de promover a eficácia das organizações de saúde mental com cuidados especializados de enfermagem, as dotações destes Enfermeiros especialistas devem fazer “(...) face à necessidade de cuidados de enfermagem de saúde mental” (OE, 2015, p.17037).

Expõe-se neste âmbito, que no presente estágio procurou-se, mediante os recursos humanos disponíveis, desenvolver metodologias de trabalho adequadas e coordenar os elementos dependentes, de modo a melhorar o desempenho da equipa, promovendo melhores cuidados de saúde, auxiliando ao mesmo tempo, na gestão da equipa e agindo de modo a promover um ambiente que favorecesse práticas mais equilibradas no que diz respeito à prestação de cuidados. Foi adicionalmente, considerada uma postura de liderança, na medida em que foram tomadas iniciativas proativas no sentido de prestação de cuidados (devidamente supervisionados pelo orientador) que promoveram alterações

no seio da equipa ao nível dos cuidados, mas também a nível motivacional. Considera-se que foi possível integrar a equipa na sua plenitude, tendo para tal contribuído, para além do contexto de estágio e perspetiva de aprendizagem, a conjectura da equipa, que pela sua dotação, requeria, pelo volume de cuidados necessários, de um maior número de profissionais de enfermagem disponíveis, para que assim fosse possível garantir os melhores cuidados prestados.

Subsiste a ideia que para o desenvolvimento e aperfeiçoamento desta competência comum, a UC de Gestão e Governação Clínica em Enfermagem desempenhou um papel influente, nomeadamente nos aspetos relativos às questões de liderança, dotações seguras, dinâmica de organizações e relacionamento interpessoal e ambientes favoráveis à prática clínica. Adicionalmente, também a UC de Epistemologia, Ética e o Direito em Enfermagem, foi uma mais valia na reflexão da prestação de cuidados e melhoria da qualidade dos mesmos, bem como a UC de Políticas de Saúde pela sua perspetiva ao nível das questões relacionadas com a aplicação da legislação e de políticas nos cuidados de saúde.

Na perspetiva de Benner, a área da gestão convoca também a capacidade de gerir recursos, serviços ou cuidados, apresentando competências de liderança, de modo a influenciar através da sua perícia outros que estejam em seu redor. Ao mesmo tempo, as competências de assessoria, suportadas pela evidência científica quer seja ao nível da prestação de cuidados, quer seja ao nível do desenvolvimento de investigação ou ensino, são consideradas esferas de competência atribuídas ao Enfermeiro (Nunes, 2010), considerando que neste sentido, esta competência foi desenvolvida.

Domínio: *D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

Competências: *D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*

Todos os dias os Enfermeiros lidam com pessoas que sofrem e que os tocam emocionalmente, contudo nem sempre conseguem aliviar essa dor emocional, mesmo quando partilham o seu tempo e a sua energia.

As vivências decorridas ao longo do estágio permitiram, através de um processo reflexivo, ter uma maior autoconsciência, um maior conhecimento sobre o Mestrando,

através da identificação de sentimentos, motivações e emoções. Apesar de inicialmente um pouco assustadores quando percebidos, tornam-se agora muito importantes como fio condutor de uma aprendizagem e tomada de consciência, visando a modificação desses comportamentos, como a gestão da frustração e do medo, bem como dos processos transferenciais ocorridos durante o desenvolvimento da relação terapêutica. Este caminho proporcionou um autoconhecimento individual e capacitou o Mestrando no sentido de desenvolver competências e habilidades pessoais e profissionais.

Sendo esta uma competência de elevada importância na medida em que pode colocar em causa o desenvolvimento da relação terapêutica com o indivíduo e assim dificultar a prestação de cuidados, particularmente ao nível da saúde mental onde o processo relacional apresenta um lugar de destaque, verifica-se que esta competência comum do EE apresenta um descritivo mais alargado com competências mais vastas na primeira competência específica do EESMP, momento em que será mais desenvolvida.

Destaca-se que este foi um processo amplamente trabalhado ao longo do estágio, pelo que, neste sentido, ao longo de 16 semanas, foram trabalhadas competências que permitissem o desenvolvimento de uma aliança terapêutica com o indivíduo e foram identificadas algumas lacunas no processo comunicacional. Procurou-se exercitar a congruência entre a comunicação verbal e não verbal, para que existisse sintonia entre o “falado” e o “expresso”, na medida em que, por vezes, em que certos assuntos mais sensíveis, existiu dificuldade na forma de expressão, podendo as dúvidas existentes transparecer para o outro. Foi também considerada o desenvolvimento da perspicácia na interpretação do indivíduo, por déficits na exatidão da percepção face aos seus sentimentos, emoções e factos vivenciais, dado que, por exemplo, se sente dúvidas relativamente à veracidade de certas afirmações. Salienta-se a ambivalência que emerge neste contexto, dado que ao colocar em causa o que é exposto, se pode estar a incorrer na desvalorização do indivíduo, uma vez que “a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza dos seus problemas de saúde, é o único detentor dos seus recursos básicos para os resolver.” (Lazure, 1994, p. 13).

Ao longo do estágio, o nível de autoconfiança e de eficácia foi aumentando de forma global relativamente à prestação de cuidados gerais, mas também nas intervenções específicas do EESMP, nomeadamente no que diz respeito às questões comunicacionais,

às questões de pressão e de conflito, tendo para tal auxiliado o desenvolvimento do PIS, sobre a resolução de problemas.

Adicionalmente, todos os aspetos da prestação de cuidados neste estágio e da praxis especializada no geral foram e são baseados na evidência científica. Sobre este assunto a Deontologia Profissional inserida no EOE refere na alínea c) do artigo 109º que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Assembleia da República, 2015, p.8103).

Ao longo do presente estágio procurou-se identificar as necessidades formativas do Mestrando e colmatar as mesmas através das diversas oportunidades que foram surgindo. Foram realizadas inúmeras pesquisas sobre os mais diversos temas e conforme as dúvidas e questões que iam surgindo. Ao mesmo tempo o papel do orientador foi de extrema importância, na medida em que foi focando aspetos importantes na prática clínica e na teoria, partilhando informações muito valiosas para o desenvolvimento pessoal e profissional do Mestrando.

Considera-se que o desenvolvimento do PIS permitiu ainda o desenvolvimento de competências específicas nas áreas da resolução de problemas, depressão e TCC, tendo estas competências sido partilhadas em diversos momentos com os restantes profissionais da UP, em especial com os Enfermeiros.

Participou-se também em ações formativas desenvolvidas pelos alunos de enfermagem das diversas escolas que estiveram presentes na UP durante estas 16 semanas e também por um aluno da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica. Do mesmo modo, foram desenvolvidos processos formativos que contribuirão para a prática especializada, com base em atividades específicas desenvolvidas.

Conforme solicitado foi desenvolvido um artigo de investigação, intitulado “A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão: o benefício na sintomatologia depressiva”, o qual permitiu demonstrar que o PIS elaborado se encontra suportado pela evidência científica, bem como admite a possibilidade de este poder ser devidamente

implementado, com base em padrões e procedimentos realizados por Enfermeiros com conhecimentos especializados, dando origem a cuidados seguros eficazes e competentes.

De um modo global, todas as UC lecionadas durante este Mestrado apresentaram um papel preponderante no desenvolvimento de competências neste âmbito, tendo permitido adquirir conhecimentos que possibilitaram o crescimento do Mestrando enquanto pessoa e enquanto Enfermeiro.

De forma explícita, Benner refere que tanto o domínio científico, como os domínios associados à formação, ao ensino e investigação, fazem parte do caminho desenvolvido para a aquisição do nível de perito, através do qual se alicerça o desenvolvimento de conhecimentos que se articulam com a prática. Ademais, Carper auxilia no desenvolvimento desta competência, através do crescimento ao nível do conhecimento “pessoal”, centrado na autoconsciência e sabedoria pessoal, no modo como, enquanto Enfermeiro, a pessoa passa a “ser e a tornar-se”. Nesta perspetiva, através da procura pela melhoria contínua pretendeu-se sustentar os conhecimentos, intervenções e prestação de cuidados ao longo do presente estágio, tendo para tal sido incorporados estes domínios no sentido de demonstrar a obtenção desta competência comum do EESMP (Nunes, 2011).

5.2 – Análise do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

A OE (2019), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define que as competências específicas do EE “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (p.4745), destacando que a atribuição do título de especialista é realizada em seis especialidades diferentes, nomeadamente a Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sendo o especialista numa determinada área de atuação, um Enfermeiro com “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p.4745), sobressai a necessidade de explanar de forma minuciosa, as competências específicas inerentes ao EESMP que se pretendeu

desenvolver ao longo do presente estágio incluído no 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na vertente de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, “(...) os cuidados de enfermagem, [...] têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2018, p.21427) sendo isso possível através da prestação de cuidados especializados, nomeadamente em pessoas que se apresentam com processos de sofrimento intenso, com alterações do foro mental, para assim obter ganhos em saúde.

É neste sentido que a prestação de cuidados pelo EESMP permite a compreensão de “(...) processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental [...], diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.” (p.21427). A sua perceção engloba ainda a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico de enfermagem e a aplicação de intervenções de acordo com as necessidades do indivíduo, família ou grupo, bem como a reabilitação psicossocial. Adicionalmente, no seu processo de cuidar, a utilização na prática clínica de intervenções de âmbito psicoterapêutico distingue o EESMP de outros Enfermeiros de outras áreas de especialidade, ao mesmo tempo que a “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (p.21427). É neste contexto que o EESMP trabalha e desenvolve relações de confiança com o indivíduo e procura desta forma capacitar o mesmo para a resolução dos seus próprios problemas. Quando devidamente suportado por conhecimentos e saberes baseados na evidência científica e nos comportamentos humanos, o EESMP detém um elevado juízo clínico e consegue tomadas de decisão congruentes com cuidados especializados promotores de recuperação da situação clínica e melhoria da qualidade de vida do indivíduo, grupo ou família (OE, 2018).

Pelo descrito, contata-se que é fundamental nesta etapa do percurso de Mestrando apresentar uma descrição pormenorizada das competências do EESMP já adquiridas e que foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio, a partir das experiências vivenciadas no contexto da prática clínica e sob o olhar e influência de referenciais teóricos.

Competência: *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Descritivo: *A capacidade de auto -conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.*

Unidade de Competência: Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Diria Sócrates, o filósofo, que na procura da sabedoria em primeiro lugar é necessário autoconhecer-se. Mas este é um processo complexo, que envolve capacidades de autorreflexão e tomada de consciência de si próprio, o que pode ser realizado através da introspeção das características da própria personalidade, bem como do contato com os outros, através do estabelecimento de relações (Phaneuf, 2005).

Segundo Goleman (2000), a autoconsciência refere-se à capacidade de perceber aquilo que se está a sentir e identificar as próprias emoções e sentimentos no momento em que ocorrem. Esta é a característica fundamental da inteligência emocional, que convoca na pessoa o conhecimento de si própria e permite ainda perceber o modo como esses sentimentos afetam os outros.

Sendo este um aspeto que incorpora uma autorreflexão de si próprio e inclusive da sua própria vida, o indivíduo consegue através desta análise de si, perceber o modo como reage e pretende reagir (Goleman, 2000). Neste sentido, tanto na vida de uma pessoa, como na profissão de enfermagem, este aspeto representa uma importância fundamental, na medida em que se verifica uma elevada correlação entre a compreensão sobre si próprio e a comunicação, o que por sua vez se traduz numa maior facilidade em desenvolver e manter relações interpessoais satisfatórias, bem como em gerir de forma adequada situações complexas.

Denota-se que o desenvolvimento de relações está no centro das intervenções de enfermagem, pelo que a necessidade de o Enfermeiro possuir um bom conhecimento de si e do papel que desempenha emerge, no sentido de distinguir de forma clara quais as características que no exercício do cuidar podem influenciar a qualidade da relação, na modificação das suas ações e das suas atitudes durante a prestação de cuidados, bem como na alteração da sua perceção face à compreensão dos comportamentos e sentimentos do indivíduo (Costa, 2009).

Neste contexto, Collière (1999, p. 152) destaca que “É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”.

Da troca inequívoca que se desenvolve entre um indivíduo e um Enfermeiro, nasce forçosamente, pelas características que a arte de cuidar em enfermagem contempla, a relação de ajuda em contexto profissional. Phaneuf (2005, p. 324) define este conceito como “(...) uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa que tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante a morte.”

A relação de ajuda convoca um diálogo, um consentimento de permutas, uma partilha de emoções, de juízos, de confissões e frequentemente de situações que promovem o sofrimento por parte da pessoa ajudada, mas que desencadeiam na pessoa que ajuda (Enfermeiro), uma panóplia de sensações ambivalentes que requerem uma reflexão intensa (Phaneuf, 2005).

No decorrer das interações que visam o estabelecimento de uma relação entre um Enfermeiro e um indivíduo, as trocas que decorrem do desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional, encontram-se na sua maioria das vezes completamente impregnadas de emoções, sentimentos e valores, que segundo refere Collière (2003), se transmitem em cascata.

A gestão de emoções origina-se diretamente na capacidade de autoconhecimento, sendo o caminho para o bem-estar emocional. Este aspeto consiste na capacidade de forma consciente gerir as próprias emoções e ao mesmo tempo perceber o que elas provocam na própria pessoa. Constata-se que a capacidade de autoconhecimento, requer que na consciência do Eu, se regulem os estados emocionais (autodomínio) ao invés de se adotarem comportamentos evitantes e defensivos como a negação ou a repressão (Goleman, 1999). Contudo, primariamente é necessário desenvolver estas capacidades a título individual e só posteriormente é possível utilizar estas competências no quotidiano e ao nível das relações interpessoais.

Nesta perspetiva, os Enfermeiros pelas suas inúmeras experiências e vivências na prestação de cuidados estão expostos, em particular às emoções, o que muitas das vezes altera o seu equilíbrio psíquico interno. Para repor tal homeostasia, é necessário ter competência emocional, o que implica uma variedade de domínios, de entre os quais se destaca a autoconsciência, isto é, habilidade de identificar as emoções no aqui e no agora, que por um lado podem ser positivas, devendo ser preservadas, mas por outro podem ser negativas, devendo estas ser trabalhadas (Agostinho, 2008 ; Vilela, 2006). Por outro lado, torna-se também importante que enquanto Enfermeiro, segundo refere Goleman (1995, 1999), apresente competências em áreas como a gestão de emoções, a automotivação, a empatia e a gestão de relacionamento em grupos.

Lidar com o sofrimento alheio é algo que está intrinsecamente ligado à profissão de enfermagem, pelo que com relativa frequência ao vivenciar as experiências dolorosas dos indivíduos a seu cuidado, o Enfermeiro é confrontado com situações de sofrimento, podendo estas interferir no modo como estabelece e desenvolve a relação terapêutica (Diogo, 2017). Deste modo, constata-se que todos os contextos de prestação de cuidados onde um Enfermeiro está presente, requerem necessariamente que este detenha a capacidade de lidar com o sofrimento do seu alvo de cuidados, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, vendo-se ao mesmo tempo confrontado com diversas emoções e sentimentos oriundos tanto do indivíduo, como de si próprio.

É, contudo, na tomada de consciência que muita das vezes o Enfermeiro se dá conta do quão doloroso e gerador de ansiedade e stress pode ser a confrontação consigo próprio, em particular quando “está em relação” e quando essa mesma relação concentra em si um conjunto de experiências dentro de contextos penosos e de sofrimento.

Phaneuf (2005) realça a necessidade reconhecer, aceitar e integrar estes sentimentos e emoções que se despoletam no âmbito da relação terapêutica, com o propósito de guiar e compreender melhor as situações vivenciadas. Torna-se fundamental para o Enfermeiro, aprender como geri-los, promovendo o seu próprio crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional, de modo a capacitar-se em matéria de cuidados.

Benner (2001) refere que durante uma relação terapêutica, o envolvimento do Enfermeiro de forma emocional pode ser benéfico, considerando que apesar de existir a tendência para evitar essa ligação, o seu efeito poderia ajudar tanto os indivíduos como os Enfermeiros a experienciar as vivências dolorosas de uma forma melhor. Ao mesmo tempo, Watson (2002) acrescenta que estar dentro das relações de forma emocional, permite que o Enfermeiro execute um processo reflexivo interno, de modo a conseguir prestar os seus cuidados, mas também auxiliando o indivíduo a integrar positivamente a experiência pela qual está a passar, através de uma visão externa da situação. É deste modo, que a relação de ajuda é também estabelecida, desencadeando sentimentos positivos no alvo de cuidados, promovendo modificações do seu estado emocional perante situações consideradas como adversas (Diogo, 2017).

Todo este processo de estar em contato é realizado na esfera de um pilar basilar da relação de ajuda profissional, a comunicação. Como processo complexo que é, subdivide-se em comunicação verbal ou não verbal e incorpora em si uma vasta gama de atitudes e comportamentos que a favorecem ou prejudicam, conforme a sua aplicação (Chalifour, 2009). Phaneuf (2005, pp. 22-23), salienta que para que se desenvolva o processo comunicacional é necessário “Estabelecer uma via de passagem privilegiada entre dois interlocutores por meio da comunicação”, o qual “decorre frequentemente de um esforço considerável de imaginação.”, Este é considerado “(...) um processo de acesso ao outro e de compreensão recíproca.”

No seu ponto de vista, a autora considera que a comunicação se situa tanto num plano cognitivo como num plano afetivo, e como tal promove o extravasamento de sentimentos e emoções, quando são avaliados os comportamentos da comunicação não verbal, sendo para tal necessário que tanto o indivíduo como o Enfermeiro estejam em sintonia para que a comunicação seja real.

Do processo comunicacional e da relação de ajuda terapêutica sobressaem diversas atitudes como a disponibilidade para ouvir sem julgar (Johansson, Skarsater, &

Danielson, 2007), que segundo Phaneuf (2005, p. 330), é “deixar-se penetrar pelo que exprime o outro, abrir-se às suas palavras, aos seus gestos e às suas experiências e aceitar o seu sofrimento sem fazer juízos de valor.”, validando o outro como pessoa (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006).

Do mesmo modo, o respeito, a gentileza, a flexibilidade, a proximidade e o suporte que o Enfermeiro impõe nas suas relações interpessoais são valores onde o ser humano se revela internamente, assim como através da genuinidade, calma, estabilidade, paciência, compaixão, presença, acessibilidade e suporte (Johansson et al., 2007; Shattell, Starr, & Thomas, 2007).

É neste momento que muitas vezes o Enfermeiro deixa de ouvir somente as palavras do indivíduo que tem à sua frente e passa também a ouvir os seus olhos, as suas expressões faciais, a respiração, os seus gestos, a sua dicção, todo o seu corpo, tantas vezes a sua alma. O Enfermeiro, para além dos seus sentidos apurados, passa a ouvir também com o coração, passa ouvir com as suas emoções, com os sentimentos que lhe são despertados pela relação que está a ser estabelecida naquele momento, passar a concentrar-se no outro não apenas com base na sua patologia, mas sim nos sentimentos, nas reações, nas necessidades, nos desejos e problemas existenciais, passando a preocupação a estar centrada na pessoa enquanto ser único e distinto (Chalifour, 2007; Phaneuf, 2005) e a considerar o respeito caloroso e a aceitação incondicional como um dos pontos base da relação de ajuda.

É no estabelecimento das relações que é possível o Enfermeiro ter retornos positivos, com o reconhecimento, por parte do indivíduo, do seu esforço, dedicação, disponibilidade e competência face aos objetivos que estabeleceram para aquele encontro. Os sentimentos despertados pelo indivíduo são fruto do desenvolvimento de atitudes como a empatia, autenticidade e a congruência de atitudes. Se por um lado a empatia é descrita como “um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções.” (Phaneuf, 2005, p. 347), por outro lado a autenticidade refere-se à espontaneidade e abertura com que o Enfermeiro se encontra na relação, ao passo que a congruência diz respeito à consistência das atitudes face aquilo que sente, pensa e diz no

seu comportamento verbal e não verbal. Desta forma, o Enfermeiro atua de forma harmônica entre as suas emoções, pensamentos e ações, expressando-se de forma terapêutica e facilitando o processo de tomada de consciência por parte da pessoa ajudada. Existe, portanto, uma evolução na relação de ajuda estabelecida (Phaneuf, 2005).

A capacidade de estar presente e de ser acessível compreende o dispêndio de tempo para com o indivíduo, permitindo que este sinta da parte do Enfermeiro interesse e nutra pelo desenvolvimento da relação um sentimento de envolvimento. Contudo, estas competências complexas que acabam por proporcionar oportunidades de partilha e exposição pessoal, podem desencadear um desgaste emocional no Enfermeiro (Hurley, 2009; Johansson et al., 2007).

Se por um lado já foram identificados ao longo desta “viagem” as emoções, sentimentos e outros fatores que podem interferir com a relação terapêutica que se está a desenvolver com o indivíduo, por outro lado, torna-se importante perceber se se consegue gerir os processos de transferência e contratransferência, bem como os limites relacionais, corporais, emocionais e as respostas comportamentais, visando o desenvolvimento e o melhoramento do processo terapêutico.

O conceito de transferência em psicanálise e acordo com o Dicionário de Psicologia, define-se como sendo

“(…) o processo pelo qual fantasmas inconscientes se atualizam no decurso da cura e se exteriorizam na relação com o psicanalista. (...) Ela não considera a totalidade dos sentimentos, dos desejos ou dos receios que podem referir-se à pessoa do psicanalista, mas a partes deste que consiste na cativação de padrões já existentes, geralmente relacionados com a história infantil do sujeito. Neste sentido, a transferência é um processo de repetição. Estes padrões não são simples hábitos, eles subsistem sob a forma de fantasmas inconscientes. Há deslocamento da carga de investimento da formação inconsciente para uma relação pensada ou agida com o analista. (...)” (Doron & Parot, 2001, p. 752).

De um outro modo, pode-se dizer que o processo de transferência não é mais que as projeções que o indivíduo faz acerca dos seus sentimentos e emoções (positivos ou negativos) relativamente a situações vivenciadas habitualmente na infância com outras pessoas, mas dirigidas ao analista / terapeuta / Enfermeiro.

Freud identifica dois tipos de transferência: a transferência positiva e a transferência negativa, mas de um modo simplista Isolan (2005), explica que:

“A transferência positiva se refere, então, a todas as pulsões e derivados relativos à libido, especialmente os sentimentos de afecto e carinho, incluindo os desejos eróticos, desde que tenham sido sublimados sob a forma de amor não-sexual e não persistam como um vínculo erotizado. Por outro lado, a transferência negativa se refere à existência de pulsões agressivas com seus inúmeros derivados, como inveja, ciúmes, voracidade, destrutividade e sentimentos eróticos intensos.” (Isolan, 2005, p. 189).

Salienta-se que no desenvolvimento de uma relação é importante o Enfermeiro receber, interpretar e assim devolver ao indivíduo o material da transferência, no entanto, é essencial lembrar que quem conduz este trabalho é uma pessoa, também ela com personalidade, com um inconsciente que reage, independentemente do grau de experiência e controlo. Desta forma, falar do processo de transferência sem falar em contratransferência é como “deixar a história pela metade”.

Para que a relação terapêutica possa ter sucesso, também o terapeuta / Enfermeiro no seu inconsciente apresenta fenómenos dignos de definição. Estes denominam-se de contratransferências. Conforme explica o Dicionário de Psicologia, a contratransferência “(...) está ligada, por um lado, à personalidade do analista e, por outro lado, ao processo inconsciente que a transferência do paciente induz neste último. A contratransferência é portanto o conjunto de reações inconscientes do analista, em particular, à transferência do analisando. (...)» (Doron & Parot, 2001, p. 183).

Racker citado por Isolan (2005) menciona três formas de “expressão contratransferencial”: Como um obstáculo - as reações do terapeuta / Enfermeiro são desaconselhadas para o processo terapêutico; Como instrumento terapêutico - em que o terapeuta / Enfermeiro analisa as suas próprias respostas inconscientes, de modo a perceber a índole das relações estabelecidas com indivíduo e, desta forma, poder ajudá-lo a elaborar os seus mecanismos *coping* com o propósito de melhorar a adequação emocional e social; e Como oportunidade de proporcionar nova experiência vivida ao indivíduo - neste âmbito, o indivíduo poderá, fortuitamente, modificar perceções erróneas de autodesvalorização e/ou insucesso nas relações interpessoais.

Trata-se, portanto, de um instrumento que serve para o autoconhecimento individual, auxiliando cada Enfermeiro a dar respostas diferentes à hercúlea tarefa que é a relação terapêutica. Se por um lado como diz Gardner (2010), o Enfermeiro consegue reconhecer as suas vulnerabilidades e desenvolver as suas aptidões, por outro potencia as capacidades individuais do indivíduo que está perante si e promove neste o desenvolvimento de

mecanismos de adaptação consistentes para posteriormente desencadear comportamentos de saúde se a relação interpessoal for bem-sucedida e se os processos de contratransferência forem adequados.

Evoca-se a necessidade de desenvolver no Enfermeiro a capacidade de conhecer as suas próprias atitudes e comportamentos humanos, nem sempre conscientes, mas que necessitam de ser reconhecidas para poderem serem entendidas como parte da conduta de terapeuta. Expõe-se que estas atitudes se formam ao longo de toda uma vida, tendo origem nas crenças, valores e estilos vivenciais de cada indivíduo, sendo o autoconhecimento determinado pelo nível de consciência que cada pessoa apresenta sobre as suas atitudes e o modo como estas influenciam os seus comportamentos (Stefanelli, Fukuda, & Arantes, 2008).

Nestas demandas surge ainda a questão dos limites relacionais, intrinsecamente correlacionados com muitos dos atributos descritos anteriormente, mas que visam a proteção do indivíduo, do Enfermeiro e a funcionalidade da relação terapêutica. Do mesmo modo, a manutenção de fronteiras demarcadas na relação terapêutica, promove a segurança do indivíduo, protege o Enfermeiro do *burnout* e preserva a sua estabilidade pessoal. Stefanelli et al. (2008), revelam que esta perspetiva se interliga com o processo de transferência e contratransferência, considerando que se encontram diretamente conexos com a necessidade de afeto, respeito e dependência do indivíduo ou por outro lado com as respostas emocionais do profissional de enfermagem, o que envolve de certa forma também a projeção de sentimentos. Convoca-se neste último caso novamente a necessidade de autoconhecimento do próprio profissional sob risco de poder estimular a dependência do indivíduo ou por outro lado, a superproteção do mesmo.

Este é o mote para perceber que a relação de ajuda é

“feita de troca, o que exige uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber. (...) consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour, 2007, p. 33).

Considerando estes aspetos, se um indivíduo necessita de desenvolver as suas capacidades para colmatar as suas necessidades básicas, também o Enfermeiro terá de

crescer e capacitar-se para conseguir promover relações de ajuda terapêuticas eficazes. Para que este seja capaz de o fazer deverá, para além de se encontrar emocionalmente são, ter comportamentos e atitudes motivadores e que exibam confiança para o seu indivíduo, ao ponto de servirem de modelo para os seus alvos de cuidados (Lazure, 1994).

Portanto, tendo por base que a relação de ajuda terapêutica é um processo que se desenvolve por fases desde um nível mais superficial ao mais profundo até que se estabeleça a aliança terapêutica (Gardner, 2010), mas que depende de aspetos como os conhecimentos teóricos e os práticos, considera-se que todos os dias e todas as situações são momentos para crescer e desenvolver competências e que cada interação permite avançar mais um passo neste longo e infinito caminho.

E foi exatamente isso que ocorreu ao longo de 16 semanas de estágio, num contexto clínico no qual as interações foram permanentes e colocaram à flor da pele por diversas vezes experiências, emoções e sentimentos com os quais se teve que lidar.

Lidar com adolescentes e jovens adultos nem sempre é uma tarefa fácil, ainda mais se for num ambiente no qual se sentem mais vulneráveis. Sendo esta uma etapa de transição entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por rápidas alterações, marcadas oportunidades e desafios recorrentes quer a nível biológico, quer a nível psicológico e social (Buitelaar, 2012; Monteiro & Confraria, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014) e que adicionalmente incorpora características do desenvolvimento psicossocial, resultado da interação alcançada entre as etapas prévias do ciclo vital, bem como de fatores biológicos e de outras determinantes sociais e culturais (Hazen et al., 2008), necessita de ser tratada com especial cuidado no que diz respeito ao estabelecimento das relações interpessoais.

Dado que cada indivíduo é um ser único, com respostas ímpares às situações que experiencia, considera-se que a sua reação a uma determinada abordagem, seja ela a que nível for será de acordo com a sua personalidade, vivências, crenças, valores e estado emocional. Neste sentido, para o estabelecimento de uma relação terapêutica importa estar atento e desperto para observar o *feedback* do indivíduo durante a relação.

Foram diários os contatos realizados e percebidos, fosse de longe, fosse diretamente durante um diálogo com o indivíduo, no qual exalavam pequenas grandes indicações sobre as emoções, sobre os sentimentos, sobre o que era muitas vezes dito apenas no silêncio do olhar, na leveza de uma lágrima.

Foram frases como o “não sirvo para nada” ou o “sou apenas mais um maluco” que faziam borbulhar um misto de emoções, um misto de sentimentos, um turbilhão de questões, de dúvidas e muitas vezes de anseios.

Mas foi também nestas situações que ao decidir escutar-se a si próprio, sentir-se, perceber-se, muitas vezes se conseguiu estar com o indivíduo e criar a empatia necessária, demonstrar autenticidade, disponibilidade e escutar aquilo que há tanto tempo pedia para ser gritado.

Ao rever este percurso, percebe-se agora o tempo que se passou simplesmente a ouvir. Ouvir, ouvir ativamente, ouvir de modo a que o outro perceba que se está ali para ele, que se está disponível para compreender os seus sentimentos, as suas dúvidas e anseios. É por isso que “A escuta é um estado de disponibilidade intelectual e afectiva da enfermeira, é a oferta, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. [...] A escuta é ao mesmo tempo silêncio e a palavra afim de levar a pessoa a exprimir-se.” (Phaneuf, 2005, p. 333).

Toma-se assim consciência que, conforme Chalifour (2007) refere, em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a existência de uma relação terapêutica é fundamental no processo de cuidar, pois permite a reconstituição do equilíbrio do indivíduo que apresenta sofrimento mental através do desenvolvimento de relações interpessoais significativas.

Como tal, o Enfermeiro desempenha um papel preponderante uma vez que a sua função será assistir o indivíduo na exploração da sua situação atual, promovendo o suporte e o desenvolvimento sobre a compreensão pessoal que o mesmo faz acerca dos objetivos que pretende atingir. Deste modo, o Enfermeiro auxilia o indivíduo na resolução do seu problema, sem preconceitos ou julgamentos e a atuar perante a situação na perspectiva do que julga importante, sem ser apenas sob o seu ponto de vista (Lazure, 1994). O mesmo autor acrescenta que o importante numa relação de ajuda terapêutica é “a necessidade de se centrar na situação atual, ou seja, trabalhar aquilo que o cliente traz, o aqui e o agora”.

Foi na procura constante da aceitação incondicional, mas por vezes difícil de conseguir, que se tentou pautar a prestação de cuidados (Phaneuf, 2005; Travelbee, 1982). Ademais, procurou-se colocar no lugar do indivíduo cuidado de modo a sentir a sua experiência de vida e assim tentar compreendê-lo melhor, sem ao mesmo tempo esquecer

do papel que se desempenhava. Naqueles momentos esteve-se apenas como mera espectadora, a ação limitou-se à escuta, à interiorização de detalhes, de gestos, de lágrimas, de dúvidas, dos medos...

Todos estes momentos recheados de emoções levam habitualmente ao uso do toque terapêutico como forma de demonstrar proximidade e empatia face àquela situação, contudo considerando a possibilidade de poder não ser bem-vindo optou-se por vezes por não o realizar quando não era demonstrado abertura para tal. Porém, quando este foi aplicado no sentido de fazer transparecer confiança, que se estava ali única e exclusivamente para aquele indivíduo, a reação, na sua maioria das vezes foi intensa. Sentir, por exemplo, que quando instintivamente se coloca a mão sobre a de outro e este no mesmo instante a vira ao contrário, a aperta com uma força que permite perceber o medo, a dor, mas ao mesmo tempo o calor, o suor, a fragilidade e pede, num sussurro, para que não se liberte, de modo a não cair... É um sentimento de bem estar tão grande, é uma satisfação, uma vontade de querer ajudar, de fazer mais... É a sensação de que se promove bem-estar, que se consegue, dentro das especificidades daquela relação, desenvolver algo que promete vir a ser proveitoso para o indivíduo. É a expectativa dos progressos que podem ter sido realizados com base nas intervenções terapêuticas de enfermagem desenvolvidas.

Mas nem sempre é, e nem sempre foi assim ao longo deste estágio.

Se por muitas vezes se foi inundado com emoções e sentimentos positivos, outras tantas, fruto das transferências das relações ocorridas, se tomou consciência de sentimentos e emoções não tão desejáveis, mas também elas importantes para o desenvolvimento e crescimentos enquanto profissional de enfermagem.

Por um lado, foi experimentado o sentimento de tristeza por tantas vezes perceber e observar o desânimo que estes indivíduos acabam por projetar, o que associado ao facto de muitas das vezes não conseguirem manter o seu autocontrolo, ainda exacerba mais esse sentimento. Ao mesmo tempo experimenta-se uma sensação de impotência por nem sempre se saber o que fazer e como se fazer para ajudar estes indivíduos a perceber e a reconhecer estratégias consistentes para se adaptarem a futuras situações de stress e assim modificar os seus mecanismos de atuação. Efetivamente este sentimento de impotência passa, com alguma frequência nestas situações, para a frustração num piscar de olhos...

Enquanto Enfermeiros, há que compreender que, apesar de todos os dias se lidar com pessoas que sofrem e que tocam emocionalmente, nem sempre se consegue aliviar esse dor emocional, mesmo quando se partilha tempo e energia individual. Nem sempre se é bem-sucedido, contudo deve-se compreender que as palavras “não há mais nada a fazer” devem ser colocadas de lado e deve-se considerar que existe sempre algo mais, nem que seja a presença e o calor humano. Sobressai que a não concretização de objetivos convoca, por vezes o sentimento de impotência, com o propósito de evitar o sofrimento pela incapacidade de realização de uma atividade não produtiva e desgastante, que quando em excesso, poderá levar ao esgotamento profissional (*burnout*) (Phaneuf, 2005). Na perspetiva de Collete, parafraseado por Chalifour (2009, p. 94), este sentimento é um “Conjunto de mecanismos e de processos pelos quais a satisfação de uma necessidade ou uma motivação é bloqueada ou controlada devido à presença de um obstáculo ou uma barreira”.

Nestes casos particulares do contexto de estágio as barreiras encontradas foram principalmente as pessoais, que se referem a obstáculos reais ou fictícios que a pessoa reconhece em si própria, nomeadamente, a timidez, a insegurança e o medo (Chalifour, 2009), face ao desenvolvimento e aplicação dos seus conhecimentos e capacidades (Phaneuf, 2005). Ao mesmo tempo, concorre nesta fase a necessidade de expor os obstáculos ao nível do denominado conflito de motivação, que como fonte de stress e ansiedade primário, encontra-se equiparado à ameaça e à frustração (Chalifour, 2009). Mas nem sempre houve disponibilidade da parte dos indivíduos para estabelecer relações terapêuticas, tendo sido respeitado o tempo e autonomia, sempre que os mesmos se mostravam desconfortáveis face ao avanço ou mesmo ao início de uma relação / intervenção de enfermagem.

Foram ainda percecionados sentimentos de impotência no decurso de algumas relações estabelecidas. Na presença de situações complexas ao ser percebido que muitas das intervenções pareciam não ter sentido, não ter as consequências desejadas e que não havia muito mais a fazer, a não ser estar presente, foi experimentado este sentimento. Percebe-se pela tentativa de querer fazer mais, de inicialmente exaustivamente tentar, por vezes sem sucesso, modificar situações crónicas, que este sentimento tem tendência para compensar as limitações que um profissional considera ter face à situação experienciada e assim diminuir o seu sofrimento de impotência. É deste modo, importante reconhecer que este sentimento pode resultar em frustração por se considerar que o Enfermeiro se

sente ultrapassado pela situação que lhe causa desconforto, mas também por sentir que falha no desenvolvimento da sua intervenção. Se não for bem gerido este processo, pode conduzir o Enfermeiro a sérios problemas de saúde, como o esgotamento profissional (*burnout*) ((Phaneuf, 2005).

Mas nestes momentos, seja pelas interações mais ou menos conseguidas, pelos sentimentos projetados ou pelas emoções vivenciadas, nem sempre foi fácil fazer transparecer a empatia e calor durante as interações, especialmente nas situações que englobavam momentos de sofrimento. Foi também difícil, posteriormente conseguir “desligar” desses momentos dolorosos e continuar a viver, percebendo que não se pode carregar os males do mundo (Phaneuf, 2005). Para auxiliar neste processo, foram tomadas medidas preventivas, já utilizadas em outros contextos clínicos, salientando-se os momentos de reflexão pessoal e de tomada de consciência das emoções e sentimentos que foram sendo despertados o longo destas vivências.

Phaneuf (2005, p. 188), salienta que é importante “saber virar a página depois de um dia de trabalho ou depois de um acontecimento que solicitou fortemente a sua emotividade”, uma vez que o equilíbrio emocional do Enfermeiro tem um preço: a exaustão emocional.

É para tal determinante encontrar soluções para não atingir este ponto de rutura e neste contexto de estágio para além dos momentos autorreflexivos, foram também importantes os momentos de suporte que a restante equipa de enfermagem da UP disponibilizou, permitindo partilha de emoções e sentimentos que muitas vezes necessitavam de ser expressados. Foi essencial a disponibilidade encontrada para se poder revelar no momento exato em que as situações ocorriam, tudo aquilo que tantas vezes ficava por dizer, por demonstrar, por expressar. Percebe-se assim que não houve e não há obrigatoriedade em demonstrar que o Enfermeiro é estóico, que deve manter a coragem e ser impermeável face à dor e ao sofrimento, não demonstrando as suas emoções, (Phaneuf, 2005), sentimentos e limites relacionais quando confrontado com as relações interpessoais que são impostas pela profissão de enfermagem. É sim necessário que as identifique, as compreenda, que perceba de que modo podem interferir no seu modo de atuação enquanto pessoa e enquanto Enfermeiro e essencialmente de que modo interferem na prestação dos cuidados de enfermagem, para que assim, caso estas causem

prejuízo ao indivíduo, consiga modificar os seus comportamentos, na procura de crescimento e melhoria do seu desempenho, visando sempre a excelência dos cuidados.

Competência: *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.*

Descritivo: *Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.*

Unidade de Competência: Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

A OMS em 1948 definiu a saúde como o perfeito estado de bem-estar físico, mental e social, sendo que esta não deverá ser apenas a ausência de doença. Considerando que ter saúde é a capacidade de funcionar ao mais alto nível desde os pontos de vista referidos anteriormente, há que ter em conta que para tal, é necessário satisfazer os fatores que permitem atingir esse estado: as necessidades humanas básicas (OMS, 2016).

As necessidades humanas básicas constituem tudo aquilo que é indispensável para prolongar e desenvolver a vida, pelo que cada pessoa tem as mesmas necessidades básicas, no entanto, as necessidades de cada um e as reações a essas mesmas necessidades são influenciadas pela cultura de cada indivíduo. Se um indivíduo carece de determinados elementos indispensáveis para a sua vida, isso manifesta-se pela exigência desses mesmo elementos, ou seja, pela satisfação das suas necessidades. Verifica-se que estas podem ser satisfeitas de uma forma saudável ou não saudável. São consideradas saudáveis quando não são prejudiciais a terceiros nem ao próprio, estando de acordo com os valores socioculturais do indivíduo e dentro dos limites legais. Contrariamente, os

comportamentos não saudáveis, podem ser prejudiciais para outras pessoas e para o próprio, não se encontrando dentro dos padrões socioculturais pessoais e dentro da lei. Ademais, constata-se que as pessoas que satisfazem as suas necessidades básicas de forma correta são mais saudáveis, felizes e efetivas do que aqueles que não o fazem (Kozier et al., 2015).

Maslow, através da sua teoria comportamental da motivação (1943) pressupôs que todo o ser humano possui necessidades essenciais que visam o alcance da sua homeostasia. Nesta sua abordagem as necessidades humanas fundamentais foram agrupadas hierarquicamente de forma a enfatizar as suas relações (Bolander, Sorensen, & Luckman, 1998).

A pirâmide hierárquica de Maslow é um modelo que prevê uma visão do comportamento humano de uma forma estruturada, de modo a determinar fisiologicamente e psicologicamente as necessidades de cada indivíduo. As necessidades fisiológicas são encontradas na base da pirâmide, devendo estas ser satisfeitas antes das necessidades do nível imediatamente superior. Deste modo Abraham Maslow apresenta cinco níveis de necessidades: Fisiológicas (alimentos, água, ar, temperatura, eliminação, descanso, sexo); de Segurança (segurança, proteção e ausência de medo, ansiedade e estabilidade); de Pertença (amor, pertença e intimidade); de Estima (estima de outros, autoestima); e de Autorealização (utilização do potencial máximo das capacidades e competências desenvolvidas/adquiridas) (Bolander et al., 1998).

A hierarquia das necessidades de Maslow permitiu uma teorização dos cuidados de enfermagem, enquadrados no conceito de saúde, sendo estes caracterizados por critérios mensuráveis e com profissionais de saúde detentores do saber e do poder.

Richard Kalish vai mais longe e apresenta a sua adaptação da Hierarquia das Necessidades de Maslow, com objetivo de fornecer uma orientação de forma a que o processo de enfermagem se desenvolvesse de modo mais eficaz. Esta adaptação resulta na realização de uma pirâmide de seis níveis, ao invés dos cinco níveis do modelo original. Kalish, reestruturou os dois primeiros níveis da pirâmide de Maslow (fisiológico e segurança / necessidade de segurança) em três níveis e identificou mais subcategorias específicas. Enquanto o nível de base se passou a denominar de Necessidades de Sobrevivência, o segundo nível ficou conhecido como Nível de Estimulação e o terceiro como Nível de Segurança e Proteção. Do mesmo modo que o anterior modelo, a não

satisfação de uma necessidade impede o progresso geral do indivíduo, sendo este um processo complexo de atingir (Kozier et al., 2015).

Kalish deu ênfase à necessidade de as crianças explorarem e manipularem o ambiente para poderem alcançar o crescimento e desenvolvimento ótimo. Adicionalmente, o autor percebeu que os adultos, precisavam com frequência de novas atividades de estimulação antes de serem consideradas as suas necessidades de segurança ou proteção.

A utilização destas teorias surge pela necessidade de identificar e definir prioridades durante a prestação de cuidados, bem como auxilia no reconhecimento de intervenções de enfermagem de nível básico ou especializado, de acordo com as necessidades individuais de cada um. Pela hierarquia das necessidades é possível proceder de uma forma lógica e organizada, de modo a promover a saúde, recuperar da doença mental e melhorar a qualidade de vida do indivíduo ou grupo (Kozier et al., 2015).

Pela Teoria dos Sistemas, sabe-se que a pessoa vive em interação constante com o meio ambiente que o rodeia e como tal é influenciado por ele (Neuman, 1995). Contudo, considerando que a pessoa vive num equilíbrio estável dentro dos domínios fisiológico, psicológico e social (Peplau, 1992), verifica-se que esse equilíbrio pode ser quebrado por múltiplos fatores internos ou externos (Chalifour, 2009).

Constata-se que a pessoa é um ser em permanente relação e ao interagir com o seu meio ambiente, desencadeia trocas de energia, informação e matéria, com o propósito de satisfazer as suas necessidades. É neste processo que percebe o nível de satisfação dessas mesmas necessidades e quando este não é cumprido, após ter sido submetido aos diversos estímulos a que está exposto, de forma mais ou menos consciente, procura restabelecer o seu equilíbrio e harmonia interna e externa. Contudo, nem sempre o indivíduo consegue reequilibrar-se a nível psicofisiológico, pelo menos autonomamente, utilizando para tal métodos e mecanismos de defesa que alteram a realidade e a tornam mais tolerável quando percebida, mas que não respondem de forma global à necessidade que o sujeito apresenta (Chalifour, 2009).

As necessidades de ajuda de um indivíduo são então o mote para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, na medida em que é nesta base que “A enfermeira assiste o cliente, orienta-o e facultar-lhe cada uma das etapas do processo de resolução de

problemas. Não toma decisões por ele nem deve substituí-lo em aspetos relativos à sua participação na acção.” (Lazure, 1994, p. 13).

O mesmo autor, salienta que o papel do Enfermeiro passa por colocar à disposição do indivíduo, sem impor, diversos meios que lhe permitam descobrir e identificar os próprios recursos pessoais, visando sempre a resolução da sua necessidade.

É na procura da satisfação das necessidades dos indivíduos que o Enfermeiro, envolve os seus conhecimentos e elabora estratégias para a prestação de cuidados, criando um processo de enfermagem complexo. Como referido anteriormente, este processo compreende cinco etapas, sendo a primeira etapa aquela que permite obter as informações essenciais (colheita de dados) para dar seguimento a este instrumento que pretende melhorar a qualidade dos cuidados (Amaral, 2010).

Ao longo do presente estágio, considerou-se pertinente ir ao encontro da definição de necessidades dos indivíduos de quem se prestava cuidados, tendo particular atenção que se estava em plena fase de desenvolvimento do PIS. Contudo, e considerando que o contexto clínico proporciona diversas abordagens e experiências foram considerados todos os contextos e âmbitos de prestação de cuidados, no sentido de desenvolver habilidades relativamente à avaliação global do indivíduo ou grupo com necessidades de saúde mental, nos seus diversos contextos.

Neste sentido, considerou-se pertinente desenvolver competências ao nível da entrevista, tendo em conta que este é um método utilizado com o indivíduo e sua família no sentido de colher informações, realizar avaliações e auxiliar na confrontação de determinados problemas. É, portanto, “um encontro geralmente previsto e planificado, mas é sobretudo uma tomada de contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma convivência terapêutica.” (Phaneuf, 2005, p. 250).

Pelas especificidades do contexto clínico de estágio a escolha do tipo de entrevista foi variando consoante a necessidade do indivíduo, contudo, salienta-se a pertinência e importância da entrevista inicial, bem como o desenvolvimento de entrevistas não estruturadas (Cardoso, 2012; Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

Se num momento inicial uma entrevista pode servir para colher dados, também pode ter como propósito dar resposta a uma necessidade momentânea e ao mesmo tempo servir

para prestar suporte a um indivíduo com uma necessidade de ajuda. Particularmente em saúde mental, este é um meio de intervenção do Enfermeiro, o qual permite ajudar o indivíduo a consciencializar-se de determinadas situações, que consequentemente podem produzir mudanças nos seus comportamentos (Phaneuf, 2005).

A literatura apresenta diversas descrições das etapas que devem ser seguidas para a realização de uma entrevista, contudo, todos os autores são unânimes relativamente à composição global deste método, incluindo uma etapa prévia e outra posterior ao núcleo da entrevista na qual o entrevistado não participa. No cerne da entrevista subdividem essa fase em etapas que podem ser denominadas de início, corpo e fim da entrevista (Cardoso, 2012; Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

Sendo a entrevista de colheita de dados “um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objetivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados” (Phaneuf, 2005, p. 265), com o propósito de auxiliar a recolha de informação (Chalifour, 2009) foram elaborados dois instrumentos, conforme descrito anteriormente (Apêndices II e III), com informações previamente inscritas que serviram de base para o questionamento dos indivíduos. Considerou-se que o intuito destes formulários não seria aplicá-los na íntegra, mas sim que estes servissem de suporte teórico com vista a poderem auxiliar o Enfermeiro durante o desenvolvimento de uma entrevista e ao mesmo tempo mantivessem a informação recolhida organizada. Tal aspeto tornava-se essencial, dado que se considerou importante obter dados do modo mais abrangente possível, afim de depois orientar o pensamento para um diagnóstico e planificação de intervenções de enfermagem, conforme o problema identificado.

Sobressai que os dados que se recolhem variam em função dos indivíduos a quem se prestam cuidados, mas neste caso particular, para além dos dados recolhidos geralmente (demográficos, história pessoal, organização de vida, exame físico, entre outros), importa recolher, em saúde mental, dados relacionado com elementos afetivos, cognitivos e comportamentais, nomeadamente através do Exame do Estado Mental (Bénony, 2005; Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005; Townsend, 2011). Este apresenta um lugar de destaque na avaliação inicial (e em todo o processo de enfermagem em saúde mental), permitindo que o Enfermeiro conheça, compreenda e formule um juízo acerca do funcionamento psicológico do indivíduo (Saraiva & Cerejeira, 2014). Concomitantemente, no caso

particular deste estágio importa salientar que estando perante adolescentes e jovens adultos, é necessário englobar também a análise do desenvolvimento psicossocial (Bénony, 2005)

Torna-se também importante referir que em diversos momentos, com vista a completar a informação pretendida e assim melhorar a capacidade de compreensão do problema foram utilizados questionários ou escalas de avaliação padronizados (Saraiva & Cerejeira, 2014), para posteriormente serem identificados focos de atenção ao nível do plano de cuidados de enfermagem. Bénony (2005) refere que estes meios complementares de informação “não podem em caso algum substituir a entrevista livre e a entrevista de diagnóstico.”, no sentido de procurar.

Como fontes de informação e ao mesmo tempo de cuidado (Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005), encontra-se também a família / cuidadores do indivíduo. Estes merecem especial atenção, devendo solicitar-se autorização ao indivíduo alvo de cuidados se este se encontrar lúcido, aquando do pedido de dados. Do mesmo modo, outros locais com informação muito pertinente são o processo clínico do indivíduo e os próprios profissionais de saúde. O primeiro encerra em si um vasto historial de dados sobre problemas anteriores, tratamentos, notas de enfermagem, entre outros dados, enquanto que os segundos, apresentam experiências pessoais vastas, uma vez que podem já ter prestado cuidados ao indivíduo, relatando informações preciosas sobre o seu problema de saúde (Phaneuf, 2005).

Com base na análise dos dados colhidos foram identificadas diversas problemáticas latentes na população intervencionada. A análise das informações recolhidas ocorre dos diversos processos reflexivos decorridos ao longo do estágio, mas ao mesmo tempo, das competências comunicacionais já adquiridas e de outras que se desenvolveram neste contexto.

Conforme já foi explanado anteriormente, a base de desenvolvimento de uma relação terapêutica está na capacidade de comunicar com eficiência. Do mesmo modo, a entrevista encerra em si um conjunto de características comunicacionais que necessitam de ser incorporadas e trabalhadas com vista a conseguir obter os objetivos que se perspetivam para aquele momento específico. Chalifour (2009) e Phaneuf (2005) são perentórios ao afirmar que a comunicação engloba as vertentes verbais e não verbais, nas quais são encontradas singularidades. No que diz respeito à comunicação não verbal,

destacam-se aspetos como o toque, a distância e posição física em que o Enfermeiro se coloca, o olhar, a escuta, o silêncio e até mesmo o modo como convida o indivíduo a prosseguir a sua expressão de sentimentos. Relativamente à comunicação verbal, salienta-se a necessidade de incorporar técnicas de síntese, metodologias de questionamento, utilizar o *feedback*, promover a sua própria revelação e dar conselhos e informações. Há ainda que considerar que o Enfermeiro deve deter um leque de atitudes que predispoem a partilha de informações, sendo neste caso particular, de emoções também. Como já tinha sido abordado, tornou-se importante demonstrar empatia, respeito, autenticidade, compaixão e esperança, com frequência através de estratégias relacionais vastas, mas que suportavam o indivíduo, permitiam a clarificação de situações e o mesmo possibilitavam que se sentisse acolhido.

Embora nem sempre tenha sido possível aplicar corretamente todas estas habilidades, de um modo geral foi possível desenvolver ligações comunicacionais com os indivíduos e desse modo estabelecer relações de ajuda terapêuticas. Destaca-se particularmente o desenvolvimento de atividades de carácter terapêutico, com o intuito de promover a expressão emocional em grupo e que se demonstraram essenciais para perceber, não só as necessidades pessoais, como também para analisar de modo global as necessidades dos adolescentes quando se apresentam no seu grupo de pares.

Durante a prática clínica houve a oportunidade de estar presente e participar em variadas atividades desenvolvidas pela equipa conforme o plano semanal de atividades, sendo possível dessa forma ter acesso a mais detalhes acerca da história de saúde mental dos adolescentes e consequentemente das suas necessidades. Estas foram desenvolvidas em grupos, dado que os “fenómenos de grupo estão relacionados com a experiência de apoio grupal, o ser aceite, ter a possibilidade de comunicar e ser ouvido, partilhar experiências emocionais e lidar com o sofrimento.” (Abreu-Afonso & Neto, 2018, p. 207). Sobressai, segundo os mesmos autores, que os objetivos deste tipo de intervenção psicoterapêutica promovem antes de mais o alívio do sofrimento psíquico, o desenvolvimento da personalidade, o aumento do autoconhecimento e da autoconfiança e um maior controlo da vida. Ao mesmo tempo, os *insights* obtidos e as experiências vivenciadas no grupo, desencadeiam muitas vezes alterações no comportamento do indivíduo.

Considerando as atividades desenvolvidas, de acordo com Peplau (1992), no processo de observação que o Enfermeiro desenvolve são identificadas quatro tipos de relações entre o observador e o observado.

Retrata-se inicialmente a relação de espectador, onde o indivíduo é observado pelo Enfermeiro, não apresentando consciência da situação e passando o Enfermeiro despercebido à atenção do mesmo. Salienta-se que durante as atividades de Relaxamento Muscular Progressivo, Competências Sociais, Educação Sexual, Promoção da adesão à terapêutica e do projeto pós-alta, “Ask The Doc” (Psicoeducação), no “CuidaTe” (promoção da autoimagem e autoestima), Mindfulness e na “Manhã de Cinema” foi possível observar os contatos interativos entre os adolescentes, perceber o modo como se relacionavam com o profissionais, bem como a sua reação face às diferentes atividades realizadas e a expressão dos seus sentimentos e emoções. Foram identificados comportamentos de fraternidade, compreensão e empatia, mas ao mesmo tempo também foram identificados comportamentos de agressividade, tristeza e rivalidades. Em certos momentos sobressaíram dificuldades em cumprir regras, em manter a concentração, bem como foram identificadas disputas de atenção para com os profissionais. Observaram-se, com relativa frequência, comportamentos oponentes e de baixa tolerância à frustração. Por vezes houve recusas de participação nas atividades ou dificuldade em continuar a mesma, face aos poucos recursos existentes relativamente à expressão emocional, reflexão e autoconhecimento individual.

Durante as atividades as dificuldades maioritariamente identificadas foram nas temáticas que estavam relacionadas com o sofrimento psicológico, tendo a maioria dos adolescentes referido que a escola era um fator que lhes causava stress e dor, sendo estas exploradas com frequência posteriormente. Também houve descrições de episódios familiares ou da vida em geral que foram abordados, o que auxiliou no conhecimento da situação familiar e da história de saúde mental da mesma, permitindo ao mesmo tempo identificar as necessidades da própria família.

Adicionalmente, os adolescentes puderam ser observados noutros momentos fora das atividades acima descritas, nomeadamente durante atividades lúdicas que não incluíam um profissional de enfermagem ou no Passeio pelo Parque, os quais englobavam comportamentos e condutas igualmente importantes, no que diz respeito à avaliação das necessidades dos adolescentes.

Outra relação que sobressai é a relação de entrevistador, na qual o Enfermeiro desenvolve um papel preponderante no desenvolvimento das diversas entrevistas, mas em especial na entrevista inicial. Neste sentido, há que referir que foi possível não só assistir a entrevistas iniciais, como também houve oportunidade de realizar as mesmas, de modo executar a colheita de dados iniciais e a entrevista de enfermagem ao utente e família, bem como avaliar as suas primeiras necessidades. Foram ainda realizadas entrevistas de seguimento, nas quais foi possível colmatar informações e adquirir mais dados para suprir necessidades ainda não identificadas. Todos estes dados colhidos foram posteriormente discutidos em reunião de equipa com o propósito de definir um plano de cuidados individualizado que fosse ao encontro das necessidades do indivíduo.

No seguimento das relações, destaca-se agora a relação de compiladora, que compreende a utilização da parte do Enfermeiro de registos e outras fontes de informação originários de outros grupos profissionais, de modo a melhorar o seu conhecimento sobre um determinado indivíduo. Para este aspeto, foram realizadas consultas das histórias de todos os indivíduos a quem se prestaram cuidados, no sentido de melhorar o conhecimento sobre os mesmos e adequar os cuidados prestados. Tal abordagem, para além de promover uma comunicação mais eficaz e permitir uma relação terapêutica mais eficiente, possibilitou também um conhecimento superior acerca das necessidades individuais de cada adolescente.

Reconhece-se ainda a necessidade de abordar a relação participativa, na qual o Enfermeiro participa diretamente nas atividades desenvolvidas com o indivíduo, ao mesmo tempo que desempenha um papel de observador. Nesta situação particular, esteve-se diretamente envolvido em atividades como o treino de Competências Sociais, a Educação Sexual, Promoção de Adesão Terapêutica, Relaxamento Muscular Progressivo e no “CuidaTe”. No espaço de atividades dinâmicas desenvolveu-se também a Expressão Emocional e treino cognitivo. Através da participação ativa nestas atividades conseguiu-se perceber de que modo os indivíduos interagem com o próprio Enfermeiro e o significado que essa interação compreendia. Ao mesmo tempo, ficou patente da análise realizada durante as atividades que certos comportamentos demonstravam a expressão de necessidades e dificuldades por partes dos indivíduos. Salienta-se que foram identificadas reações projetivas, de negação, de racionalização e de isolamento (Chalifour, 2009). Se por um lado, houve dificuldades com alguns indivíduos no que diz respeito à sua abertura, e capacidade de comunicação com o grupo, sendo estes mais retraídos e com dificuldades

em estabelecer uma relação / ligação com os restantes adolescentes, por outro lado, interagiu-se com outros indivíduos munidos de capacidades comunicacionais mais desenvolvidas, muito disponíveis para a relação, talvez fruto dos diversos internamentos que já tinham tido anteriormente na UP e/ou da sua própria personalidade. Simultaneamente, percebeu-se que estas reações quando enquadradas no historial clínico dos indivíduos, encontravam-se muitas vezes correlacionadas, dado que vão ao encontro de certas necessidades pregressas e que acabam por ser demonstradas nos comportamentos atuais.

Importa ainda referir que as oportunidades de contato incluíram momentos individuais com os adolescentes, mas também com as suas famílias, permitindo perceber a interação familiar, identificar e perceber o modo como resolvem problemas, observar a expressão emocional, reconhecer o padrão comunicacional e verificar o funcionamento interno da família, capacitando o Enfermeiro de informação para a identificação de necessidades e consecutivamente para o desenvolvimento de intervenções especializadas e focadas nos problemas.

Apesar de não ter sido possível desenvolver atividades diretas com as famílias dos adolescentes, reconhece-se que as pessoas pertencentes à família do indivíduo com problema de saúde mental "(...) devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e a educação necessários" (PNSM 2008, Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, p.1399), devendo-se ter em atenção que as perturbações mentais exercem grande impacto sobre o equilíbrio das famílias, porque estas "(...) proporcionam não só apoio físico e emocional, mas suportam também o impacto negativo do estigma e da descriminalização" (OMS, 2002, p. 58).

Há, portanto, necessidade de considerar sempre o binómio cliente/família no contexto de prestação de cuidados de enfermagem qualquer que seja a área de cuidados, contudo, especificamente em Saúde Mental e Psiquiátrica, a necessidade torna-se superior pela elevada complexidade de dinâmicas existentes, de modo a poder dar resposta aos projetos terapêuticos delineados e às dificuldades encontradas, com vista à promoção da saúde, quer do indivíduo, quer dos familiares / cuidadores.

Da apreciação, global desta competência, considera-se que de certo modo, esta se encontra intimamente relacionada com a primeira competência do EESMP,

nomeadamente no que diz respeito à capacidade de identificação de acontecimentos pessoais, considerando-se que seja qual for o significado que uma situação tenha para um indivíduo esta deve ser devidamente analisada à luz da sua consciência e autoconhecimento, de modo a que se possa melhorar a sua compreensão e assim promover o desenvolvimento e o seu crescimento pessoal.

Competência: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Descritivo: *Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.*

Unidade de Competência: Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.; Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.; Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.; Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.; Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

Aquando do internamento de um adolescente na UP, o primeiro momento de interação do indivíduo com um profissional de saúde ocorria no momento da entrevista inicial de enfermagem. Nesta eram identificadas as primeiras necessidades e era realizada a avaliação inicial do adolescente. Quando acompanhados por um familiar, eram também realizados o acolhimento e a entrevista à pessoa de referência. Todo este processo permitia, de uma forma inicial, compreender o contexto de doença, assim como os sintomas manifestados, o ambiente familiar e a influência que estes fatores apresentam no adolescente.

No seguimento desta entrevista, eram levantados os diagnósticos de enfermagem, visto que são estes que dão significado aos dados colhidos na primeira etapa do processo de enfermagem, que após a sua organização e apreciação, permitem a identificação de reações e problemas de saúde do binómio cliente/família (Amaral, 2010).

A utilização do modelo de Betty Neuman, integra na sua plenitude esta fase do processo de enfermagem na medida em que considera que é através dos diagnósticos de enfermagem que é possível identificar quais os fatores de stress ou variáveis que colocam em risco a estabilidade do indivíduo, sendo necessário para tal basear-se nas conceções, tanto do cliente como do Enfermeiro. Ao mesmo tempo, a multidimensionalidade deste modelo permite intervir também ao nível da família (Neuman, 1995).

Para a construção de um diagnóstico de enfermagem, existem características que deverão estar presentes, pelo que a utilização de uma "linguagem" como a CIPE que visa a padronização dos mesmos, é vista como uma vantagem na medida em que "permite demonstrar que a prática de enfermagem é válida e legítima em qualquer circunstância, avaliando os resultados sensíveis aos cuidados mediante as respostas às intervenções de enfermagem, permitindo ainda a documentação de todo o trabalho do Enfermeiro, em suporte informático, igual em todo o mundo" (Amaral, 2010, p. 13).

Neste sentido, com o suporte informático adequado, foi construído o processo de enfermagem, o qual incluía os diagnósticos de enfermagem, e também as intervenções de enfermagem standardizadas segundo a CIPE, de acordo com as necessidades identificadas inicialmente. Ao longo do tempo, este processo ia sofrendo alterações, conforme fosse existindo necessidade de acrescentar ou retirar diagnósticos face ao aumento ou diminuição das necessidades, sofrendo este plano frequentes análises, de acordo com as intervenções clínicas, as atividades psicoterapêuticas, as observações

realizadas e as informações oriundas de outros grupos profissionais que colaboravam na prestação de cuidados.

O estabelecimento de resultados esperados nem sempre foi fácil de definir. Primeiro por ser um serviço de internamento de agudos, o que implicava internamentos curtos para controlo sintomático e com pouca perspetiva de tempo de permanência no serviço. Segundo, pelo não acompanhamento dos adolescentes em *follow-up*. Salienta-se que este programa começou a ser implementado no final do estágio, pelo que não foi possível analisar de forma objetiva este aspeto. Terceiro e último, porque no que diz respeito aos adolescentes com sintomatologia psicótica, o estabelecimento de objetivos e resultados passava pela necessidade de primeiro controlar os seus sintomas, não sendo este um aspeto simples de delimitar no tempo. Ao mesmo tempo, sentiu-se dificuldade na adesão dos adolescentes ao seu próprio projeto terapêutico, tendo estes, dificuldades em definir objetivos realistas, em estabelecer metas, assentir à necessidade de intervenções, e com alguma frequência, como na maioria da população com perturbações do foro mental, aceitar a sua patologia.

Sobre este aspeto Hesbeen (2001), revela que a adesão ao projeto terapêutico de cada indivíduo é influenciado pela natureza do plano de vida de cada pessoa, pelo modo como percebe a sua doença e o seu futuro, bem como pela sua vontade de se curar. Constata-se assim, que a definição de resultados de enfermagem se torna um processo que não é única e exclusivamente dependente da esfera de enfermagem, mas que compreende também o indivíduo cuidado pelo Enfermeiro.

Ao longo do presente estágio foi possível desenvolver competências relativamente a diversas entidades nosológicas, tendo para tal sido fundamental a prestação de cuidados *in loco*, mas também a pesquisa de evidência científica, no qual foi baseada toda a prática clínica. Salienta-se que ao mesmo tempo foram consideradas problemas e necessidades adicionais de saúde fora do contexto da saúde mental, tendo sempre em consideração a prestação de cuidados holísticos. Houve possibilidade de identificar e contribuir na prestação de cuidados ao nível de alterações relacionadas com tratamentos, nomeadamente a indivíduos com síndrome maligno dos neurolépticos e com efeitos extrapiramidais. Do mesmo modo, fruto das experiências vivenciadas, houve oportunidade de prestar cuidados em situações de urgência, particularmente no caso de indivíduos com agitação psicomotora / agressividade, comportamentos suicidários,

catatonia e episódios de mania, nos quais para além dos cuidados específicos para cada situação particular, esteve sempre inerente a avaliação dos riscos intrínsecos a cada entidade.

Destaca-se em particular a prestação de cuidados ao indivíduo com comportamentos suicidários, os quais englobam “todo o comportamento e pensamento autolesivo num contínuo em que se distinguem: os pensamentos de morte que não revelam um plano estruturado; a ideação suicida que pressupõe a existência de um plano de morte já delineado; os comportamentos autolesivos que, sem intenção letal, procuram, através de lesões autoprovocadas, alívio para a angústia; os comportamentos suicidários que, letais ou não, correspondem a uma ação do próprio com intuito autodestrutivo.” (Gil, Oliveira, & Queiroz, 2018, p. 157).

A intervenção de enfermagem, segundo os autores supramencionados, passa pela realização da entrevista inicial, a qual deverá abranger assuntos como os episódios prévios e o atual, dando relevo a questões como a existência de ideação suicida no momento do internamento, as motivações para os comportamentos, a possibilidade de alteração dos fatores precipitantes, o plano definido, os meios de suporte e apoio possíveis após o comportamento e a avaliação do sistema familiar, sistema relacional e rede de suporte. Adicionalmente, salienta-se ainda a utilização de psicoterapias em diversas vertentes (podendo estas ser identificadas ao longo das entrevistas de ajuda) e também o estabelecimento de contratos de não suicídio.

Torna-se ainda essencial promover uma atitude preventiva, estando permanentemente atento a possíveis riscos associados a estes comportamentos de forma a fomentar uma cultura de segurança para o indivíduo e para terceiros. Para tal, para além das competências desenvolvidas ao nível dos conhecimentos sobre os sinais e sintomas destes comportamentos, importa ainda informar as famílias acerca destes aspetos, de modo a manter um ambiente seguro e por vezes com algumas restrições. Destaca-se a que foram desenvolvidos conhecimentos no que diz respeito à aplicação de situações previstas pela Lei de Saúde Mental, nomeadamente no que concerne às medidas de internamento compulsivo.

Salienta-se que ao longo do presente estágio foi possível desenvolver estratégias com indivíduos com comportamentos suicidários, quer ao nível das entrevistas iniciais, de ajuda e do estabelecimento de psicoterapias, individuais e de grupo, tendo estas permitido

diminuir fatores de risco, desenvolver fatores protetores e reforçar mecanismos de *coping* face à resolução de problemas. No que diz respeito ao estabelecimento de contratos, de não suicídio e de não autolesão com algumas adolescentes, este foi estabelecido de forma verbal, embora pudesse ter sido definido sob a forma de contrato escrito, entre o indivíduo e o profissional de saúde, durante um período de tempo. Denota-se que nem sempre os resultados foram os mais desejados nos comportamentos autolesivos, contudo em algumas situações foi possível manter o contrato durante o período temporal do internamento, podendo este aspeto estar relacionado com a solidez da aliança terapêutica alcançada com o Enfermeiro (Gil et al., 2018).

Considera-se ao mesmo tempo que, para a eficácia destas intervenções e de outras realizadas contribuiu também administração dos fármacos prescritos, tendo o Mestrando desempenhado o papel de gestor do regime medicamentoso do indivíduo. Interveio-se ao nível da adesão à terapêutica, tendo sido realizados ensinamentos e sessões de psicoeducação não estruturadas com vista a desmitificar a necessidade da terapêutica, bem como sobre aspetos relativos a efeitos secundários e interações medicamentosas.

Durante o estágio apurou-se através da observação, da interação direta com os indivíduos, assim como pela auscultação com os restantes profissionais, que a não adesão ao regime medicamentoso era frequente e um motivo de reinternamento na UP.

A CIPE, define o termo adesão como a “ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.” (ICN, 2016, p. 38).

Segundo este conceito, a OMS (2003) explica que a adesão ao regime terapêutico consiste no grau ou extensão referente ao comportamento que o indivíduo apresenta relativamente à toma da medicação, incluindo também o cumprimento da dieta e a promoção de estilos ou hábitos de vida propostos através de recomendações de profissionais de saúde. Este está diretamente correlacionado com o autocuidado, demonstrando ser um processo dinâmico, ativo e flexível, que envolve o esforço do indivíduo, afim de atingir o melhor nível de saúde possível, devendo este colaborar com os profissionais de saúde, ao invés de se limitar a cumprir as exigências que lhe são

impostas. Destaca-se a sua importância, uma vez que a não adesão ao regime medicamentoso pode promover elevadas consequências ao nível da saúde pública, desencadeando o aumento da incidência e prevalência de certas entidades nosológicas.

Este é um problema multifatorial (Leite & Vasconcellos, 2003), o qual engloba variados grupos de fatores que podem interferir com o processo, destacando-se os fatores sociais, económicos e culturais, os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, os fatores interligados com a doença de base ou com outras comorbilidades, os fatores relacionados com a terapêutica prescrita e também os fatores de ordem individual que se encontram diretamente ligados ao indivíduo (OMS, 2003).

Quando analisados alguns aspetos destes fatores, destaca-se em particular as questões da idade, onde a OMS (2003) refere que este é um aspeto independente e que deve ser considerado de forma separada face aos restantes fatores. Particularmente nas crianças e adolescentes, sobressai que os adolescentes são menos aderentes aos tratamentos, comparativamente com as crianças mais jovens, o que pode estar diretamente interligado com a capacidade de perceção dos pais face à compreensão da necessidade de manter a adesão ao tratamento. Já na fase da adolescência, uma vez que estes estão a passar pela procura de identidade e autonomia em relação ao pais e restante sociedade, bem como se encontram em pleno processo de confrontação com problemas relacionados com a autoestima, alteração da imagem corporal e a definição de papéis a nível social e entre pares, denota-se com frequência uma tomada de iniciativa ao assumirem um papel autónomo na gestão do regime terapêutico, com supervisão parental, de modo a conseguirem a sua liberdade e independência, mas que consequentemente é traduzido num incumprimento do regime medicamentoso motivado por fatores de diversas ordens.

No que diz respeito à saúde mental em particular, o estudo desenvolvido por Garcia et al. (2005) refere que o risco de não adesão ao regime medicamentoso é de cerca de 50%, sendo estes dados motivados pela recusa em realizar o tratamento, pelo absentismo e pela interrupção voluntária do mesmo. O autor salienta que a ocorrência de sintomatologia psicótica e a falta de *insigth* são fatores preditivos para a não adesão ao regime terapêutico, assim como a ocorrência de efeitos adversos na medicação, que são recorrentes, e fazem aumentar a percentagem de casos de abandono do tratamento.

Pela exuberância deste problema e pelas especificidades das competências do EESMP, considera-se que este deve atuar sistematicamente, devendo a sua conduta ir ao encontro

da capacitação do indivíduo em termos de melhoramento de informação sobre a sua doença e tratamento instituído, necessitando para tal de ter aptidões desenvolvidas ao nível da comunicação e do estabelecimento de relações terapêuticas, para além dos conhecimentos teórico-práticos.

Numa outra perspetiva, considera-se que todo o estágio foi rico no estabelecimento de estratégias de empoderamento para que o indivíduo que conseguisse desenvolver conhecimentos, capacidades e mecanismos de *coping* em diversas áreas de atuação.

Salienta-se por exemplo o treino de competências sociais, no qual se participou no contexto das atividades programadas pela UP, mas também onde se promoveram intervenções individuais e em grupo desenvolvidas pelo próprio Mestrando, tendo este aspeto sido também definido ao nível do PIS.

Sobre esta temática Del Prette and Del Prette (2001, p. 31) afirmam que o conceito "habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais". Este é um construto que engloba um conjunto de habilidades que por sua vez incorpora comportamentos socialmente aceites e que permitem que um indivíduo consiga interagir de modo efetivo com o outro.

Destaca-se em particular a assertividade, que significa clamar direitos sobre algo, reivindicar, afirmar, defender. A assertividade "(...) envolve o assumir de um papel activo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvaguardar os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara directa, sem ameaças ou ataques" (Scott, 1996 citado por Riley (2004, p. 9)). Assim, ter um comportamento assertivo significa ser capaz de agir de acordo com os próprios interesses, afirmando-se sem ansiedade, de modo a conseguir expressar sentimentos francos sem constrangimento, ou a exercer os seus próprios direitos. De uma forma sintética, ser assertivo é expresso através da afirmação do que se quer, sente e pensa, sem que para isso o indivíduo tenha que se sentir mal, mas ao mesmo tempo permitindo que os restantes indivíduos que o rodeiam possam fazer o mesmo (Loureiro, 2011).

O desenvolvimento da assertividade, segundo a mesma autora, passa pela capacitação do indivíduo em aspetos relacionados com o Iniciar e manter conversações; Falar em público; Expressão de amor, agrado e afeto; Defesa dos próprios direitos; Pedir favores;

Recusar pedidos; Fazer obrigações; Aceitar elogios; Expressar opinião; Pedir desculpa; Confrontar; Lidar com críticas. Ao mesmo tempo o indivíduo necessita de ter capacidades comunicacionais desenvolvidas, para assim conseguir relacionar-se e comportar-se de forma positiva, bem como ter um crescimento saudável.

Ao mesmo tempo e considerando que a doença mental enfrenta processos de estigmatização frequentes, houve necessidade de auxiliar no processo de aceitação dos adolescentes face à sua situação de doença. Neste sentido, e uma vez que a CIPE define estigma como “Crença comprometida: prática de associação de desonra ou vergonha com outros pela presença de um fator distintivo, frequentemente associada com doença mental, incapacidade física, religião ou história de comportamento criminoso” (ICN, 2016, p. 57), Uemura, Mariotti, and Palm (2015), referem que o estigma é um fator que pode interferir no desempenho social dos indivíduos com transtorno mental, desde a procura de emprego, até às suas relações sociais. Esta situação pode ocorrer a partir dos familiares, colegas, vizinhos, como também dos profissionais de saúde.

Com o propósito de fazer face a esta situação, melhorar a aceitação pessoal e também o próprio autoestigma, foi facilitado o acesso à informação sobre as doenças mentais, bem como foi promovida a literacia em saúde (Oliveira, Carolino, & Paiva, 2012), quer dos adolescentes, quer dos familiares quando possível e de outros indivíduos que podiam estar em contato com os alvos dos cuidados prestados pelo Mestrando.

Embora não de forma direta, foram prestados cuidados a adolescentes que viviam em contextos sociais considerados precários, os quais estavam sujeitos a situações de violência doméstica, negligências e maus tratos. Tais aspetos contribuíram para diversas reflexões quer individuais, quer com os indivíduos, no que diz respeito ao modo como estas experiências influenciam a situação de doença dos adolescentes e também a perceção do Enfermeiro face à situação do adolescente. As experiências relatadas e projetadas, contribuíram para o desenvolvimento das relações terapêuticas desenvolvidas, tendo sido alvo de diversas reflexões e processos de crescimento individual, pela sua intensidade. Ao mesmo tempo, permitiram que os adolescentes, ao abordarem as diversas temáticas conseguissem de algum modo, desenvolver as suas competências sociais e emocionais, na medida em que identificavam as emoções que lhes eram particularmente difíceis de abordar e ao mesmo tempo comportamentos e condutas que condicionavam o seu desenvolvimento. Estes aspetos contribuíram para o seu crescimento, na medida em

que foram trabalhados aspetos socioculturais nos quais estavam inseridos e para os quais foram capacitados ao nível do desenvolvimento de habilidades e estratégias protetoras, de forma a reduzir alguns dos fatores predisponentes à perturbação mental.

Em diversas ocasiões atuou-se como profissional de referência e gestor do caso, desenvolvendo o plano de cuidados e intervenções de enfermagem planeadas personalizadas e estruturadas consoante as necessidades de cada adolescente.

Para tal contribuiu o desenvolvimento do PIS, na medida em que este se debruçou particularmente sobre a depressão na adolescência e sobre a TRP. Neste sentido, pela componente cognitivo comportamental do projeto, foi possível aplicar diversas técnicas, inclusive algumas incluídas no próprio projeto no sentido de promover o apoio, bem como a reabilitação dos adolescentes com perturbações mentais, contribuindo estes aspetos para que os adolescentes conseguissem de algum modo empoderar-se de recursos para melhorar o seu desempenho ao nível quer das relações interpessoais, da resolução de problemas e também de outros aspetos que podem interferir com o seu estado de saúde.

Competência: Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Descritivo: *A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.*

Unidade de Competência: Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.; Desenvolve processos psicoterapêuticos e

socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.; Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, implica a utilização de um tratamento psicológico. Do mesmo modo que existem tratamentos fisiológicos, existem igualmente tratamentos psicológicos que se incluem nas categorias das dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais, não sendo utilizado, como o nome indica, o recurso a qualquer produto químico ou biológico. Consoante o World Health Report (OMS, 2001, p. 62), as psicoterapias traduzem-se por “intervenções planificadas e estruturadas que têm como objetivo influir sobre o comportamento, o humor e padrões emocionais de reacção a diversos estímulos, através de meios psicológicos quer sejam verbais, quer sejam não verbais”.

Neymeyer (1997, p.6), revela que a psicoterapia deve ser vista como uma “troca e negociação de significados (inter)pessoais ... ao serviço da articulação, elaboração e revisão daquelas construções utilizadas pelo cliente para organizar a sua experiência e acção”, pelo que se considera que são os indivíduos os principais agentes responsáveis pelas modificações que pretendem que ocorram ao nível das suas vidas. Há, portanto, que verificar que o papel da psicoterapia passa pela capacidade que esta tem de auxiliar o indivíduo a resolver os seus problemas, permitindo deste modo a definição de um caminho que este necessita percorrer (Gonçalves, 2000).

Já a psioeducação, segundo refere Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa, & Fadden (2006, p. 2) é “um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.” Desta forma, este aspeto, permite proporcionar aos indivíduos informação acerca da patologia, dos sinais e sintomas, dos sinais de recaída do utente, do regime medicamentoso, bem como de estratégias para o

enfrentamento para lidar com as situações stressantes do quotidiano. Há, deste modo, uma preocupação por parte do profissional de saúde, neste caso o Enfermeiro, o qual desempenha um papel de relevo neste âmbito, para disponibilizar informação ao utente e/ou família, o que por seu turno irá desencadear uma redução da ansiedade do binómio e ao mesmo tempo melhorar a relação familiar e psicossocial.

Pelas necessidades identificadas ao longo do estágio decorrido na UP salienta-se a importância deste tipo de intervenções de modo a promover o *insight* dos adolescentes, bem como o seu empoderamento nos diversos níveis de intervenção de enfermagem. Ao mesmo tempo, também as intervenções socioterapêuticas, psicossociais e de reabilitação são fulcrais para o estabelecimento de um plano de cuidados efetivo, com vista a atingir um padrão de funcionamento que se considere saudável, de modo a que o indivíduo consiga desempenhar as suas atividades de um modo satisfatório.

Durante a prática clínica desenvolvida na UP houve a possibilidade de observar e participar em atividades nos diversos âmbitos, sendo importante referir que qualquer que seja a intervenção que se deseje executar, a mesma requer da parte do profissional um planeamento rígido com base em pressupostos que visem a adequação das temáticas, a inclusão de critérios bem definidos para os participantes e estratégias bem delineados, sob o risco de a intervenção não ser efetiva ou até vir a ser prejudicial para o mesmo. Neste sentido, todas as intervenções planeadas pelo Mestrando, bem como as que já estavam programadas segundo o plano da UP, e nas quais o Mestrando participou, sofreram uma análise criteriosa por parte do orientador, tendo os adolescentes participantes sido devidamente selecionados, com base em critérios de adequação, consoante a atividade que se desejava realizar.

Houve oportunidade de assistir a uma sessão de *Mindfulness*, ministrada por um dos Enfermeiros da UP, sendo esta técnica traduzida pela consciência que emerge quando se presta atenção plena no aqui e no agora, sem fazer críticas. Esta permite identificar os padrões de pensamento negativos antes do indivíduo ser envolvido numa espiral negativa. Salienta-se que não se pretende eliminar estes pensamentos, mas sim observá-los, de modo a promover a perceção no próprio indivíduo de que este não é o que pensa e que a sua existência vai para além do seu pensamento. A meditação, permite assim a aceitação do pensamento, emoções e sensações corporais, sendo um método de tomar consciência de si próprio e de treinar a própria mente (Williams & Penman, 2011).

Esteve-se presente e posteriormente foi desenvolvido pelo Mestrando sessões de relaxamento progressivo. A importância da aplicação desse tipo de técnica objetiva-se na necessidade de diminuir a tensão, resultando esta num descanso tanto da mente como do próprio corpo, implicando ao mesmo tempo o controlo de diversos sintomas, bem como da criatividade, da memória, da capacidade de concentração, podendo até capacitar o indivíduo para um melhor funcionamento adaptativo (Townsend, 2011).

A utilização da técnica de respiração e técnica de relaxamento progressivo, pela sua simplicidade, tornam-se importantes recursos, na medida em que podem ser ensinados e posteriormente utilizados em situações futuras, sem o auxílio de um profissional de saúde. Neste sentido, foram desenvolvidas por diversas vezes técnicas de respiração profunda e relaxamento progressivo (Técnica de Jacobson), visando a diminuição do stress causado pelo internamento, especificamente em indivíduos com ansiedade, depressão, irritabilidade e tensão muscular. Denota-se que a aceitabilidade destas técnicas foi bastante elevada, tendo sido repetida e solicitada por diversas vezes.

Ao nível da Atividade “CuidaTe”, salienta-se a promoção da autoimagem e da autoestima por parte dos adolescentes. Sobressai, que esta é uma alteração do autoconceito, sendo uma componente cognitiva ou de pensamento do *self*, que se refere “ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e à medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos” (Townsend, 2011, p. 250). No sentido de melhorar o autoconceito dos adolescentes o desenvolvimento desta atividade promovia o apoio e o respeito ao indivíduo, bem como possibilitava a discussão das perceções dos mesmos face a si próprios. Ao mesmo tempo era possível identificar os pontos positivos e negativos que os indivíduos apresentavam e fornecer reforços positivos, de tal modo que estes pudessem desenvolver mecanismos de *coping* individuais e grupais, diminuindo aspetos de autocensura, vergonha e culpa. Este era também um meio de suporte entre pares e possibilitava a expressão de emoções. Pelo contexto inerente ao estágio e também ao PIS desenvolvido, maioritariamente, esta abordagem foi desenvolvida com adolescentes com depressão, na sua maioria raparigas, que apresentavam marcadas alterações da sua imagem corporal. Adicionalmente, foi perceptível que estas questões eram exacerbadas pelo *bullying* sofrido ao nível da escola, tendo este assunto sido frequentemente desenvolvido ao longo das sessões individuais, bem como em sessões de grupo. Salienta-se que os mecanismos de *coping* destas adolescentes face a estes problemas vivenciados nas escolas, não estão de todo

desenvolvidos, motivo pelo qual, com facilidade adotam comportamentos desadaptativos, como é o caso dos comportamentos suicidários.

Na Manhã de Cinema, realizada habitualmente ao domingo, era visionado um filme e posteriormente o mesmo era alvo de discussão de acordo com as temáticas abordadas no mesmo, tendo a participação envolvido o ensino, o suporte e orientação dos adolescentes nos processos de debate que eram gerados.

Frequentemente, os adolescentes utilizavam a expressão plástica como modo de aliviar a sua ansiedade, angústia e tristeza, permitindo assim a expressão de sentimentos através da pintura abstrata, a pintura de mandalas, o desenho criativo ou a escrita de diários. Na época do Natal foi importante a implementação da decoração do serviço, tendo estes participado ativamente nestas atividades com agrado e com satisfação, verificando-se uma melhoria significativa do seu humor e estado de ansiedade nos momentos posteriores às atividades. Este aspeto auxiliava ainda na capacidade de interação interpares, bem como promovia uma melhor relação com os profissionais de saúde. Há que referir que quando existia alguma habilidade especial / artística dos adolescentes, como por exemplo cantar, escrever música, tocar viola, era facultado o material e disponibilidade de tempo de modo a perceber a expressão emocional que emanava da sua forma de arte.

Também foi utilizado o treino cognitivo, com vista a desenvolver aspetos como a memória, a concentração e a imaginação, através de atividades como jogos de tabuleiro, jogos escritos ou a escrita criativa, de modo a estimular o desenvolvimento das atividades de vida diárias e outras competências como as escolares.

Ao longo do estágio também esteve incluído o desenvolvimento de atividades físicas, com vista a estimular os adolescentes a realizar atividades desportivas, nomeadamente caminhadas, futebol ou vólei. Estas atividades eram desenvolvidas no exterior da UP e permitiam não só o exercício, como também eram um momento de bem-estar e de interação com os adolescentes (por vezes individual) num local fora do contexto do internamento e no qual muitas vezes emergiam os problemas emocionais, que acabavam por ser trabalhados à *posteriori*.

No que concerne ao treino de competências sociais, foi perceptível por diversas vezes que os adolescentes apresentavam baixa autoconfiança e conseqüentemente o seu poder

peçoal não era devidamente expresso. Ao mesmo tempo, não demonstravam autoestima, o que acabava por interferir no modo como desenvolviam as suas relações interpessoais.

Por diversas vezes, foram identificadas dificuldades relativamente à expressão / nomeação de sentimentos e emoções, na gestão da raiva, bem como na interação com os pares e restantes profissionais. Neste sentido, as atividades desenvolvidas no grupo das competências sociais, tinham como principais objetivos promover o desenvolvimento de comportamentos assertivos, tendo sido trabalhado nestas sessões aspetos relacionados com a comunicação ou os padrões de resposta. Ao mesmo tempo, tornou-se importante desenvolver competências acerca dos direitos e responsabilidades básicas, ou direitos e responsabilidades assertivas, dado que grande parte dos adolescentes, não se encontravam cientes desta situação.

Foram então realizados treinos ao nível da identificação do padrão de resposta comportamental, bem como sobre comportamentos assertivos como o contato visual, a postura física, a voz e a capacidade de escuta. Ademais, como foram identificadas também dificuldades em termos de expressão emocional, foi especificamente utilizado o “Baralhações”, que é um material lúdico-pedagógico, sob a forma de baralho, no qual se encontram 80 ilustrações, com um manual de apoio e que permite a abordagem do tema da Emoções (ARISCO, 2012). Como com frequência havia dificuldade em apelar e quantificar algumas das emoções básicas, foi ainda contruído um Termómetro das emoções e um Detetor das Emoções (Apêndice XIV), com o intuito de auxiliar neste processo.

No sentido de incrementar a troca e partilha de sentimentos, bem como as emoções, a união de grupo, o trabalho em equipa, o desenvolvimento de competências sociais e comunicacionais e a partilha de soluções para os problemas dos pares, foram ainda desenvolvidas as atividades denominadas de “Quem sou eu?”, “Quem se Preocupa?” e “Troca de Segredos” (Apêndice XV).

Importa referir que o PIS também incorporava diversos elementos relativos aos aspetos comunicacionais e às competências sociais, salientando-se a escuta ativa, a expressão de sentimentos positivos e negativos e a interação relacional entre indivíduos. No sentido de utilizar as dinâmicas instituídas no PIS, foram desenvolvidas atividades que visavam o desenvolvimento de competências dos adolescentes no âmbito da comunicação, tendo para tal sido utilizada a atividade inscrita no mesmo. Adicionalmente, foi ainda instituída

a atividade de grupo “Pessoa Amistosa” no qual os adolescentes deveriam praticar competências que lhes permitissem iniciar novas interações e comunicar com outras pessoas. Procurou-se também desenvolver competências na área da resolução de problemas tendo sido, por diversas vezes, explicada a metodologia utilizada, com o intuito de auxiliar nos processos de tomada de decisão face a situações problemáticas (Apêndice IV e V).

Procurou-se, embora tenha sido um processo complicado e que ainda necessita de um trabalho árduo, desenvolver competências ao nível de técnicas específicas da TCC, nomeadamente, através da exploração de pensamentos automáticos, da sua identificação e avaliação, da identificação de emoções e da identificação e modificação de crenças nucleares. Tais aspetos foram maioritariamente desenvolvidos ao nível da intervenção individual com o adolescente, tendo sido suportados por conteúdos teóricos. Salienta-se a importância da aplicação destas técnicas no contexto deste estágio, na medida em que esta é “uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais” para a qual se perspetiva uma “modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis)”. Na procura da compreensão de cada indivíduo (crenças e padrões comportamentais), a TCC “procura de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.” (Beck, 2014, p. 21).

Adicionalmente, as participações em sessões de psicoeducação englobaram ainda os grupos “Ask The Doc”, nos quais estão presentes o médico Psiquiatra e um Enfermeiro e onde é possível os adolescentes fazerem questões relativamente à sua doença, medicação e outros assuntos que tenham dúvidas. Estes momentos também foram realizados fora da sessão, tendo sido promovidos por diversas vezes, em especial durante a toma observada da medicação, explicações e ensinamentos sobre a medicação e sobre própria doença em si. Neste contexto, importa referir ainda, a atividade relativa à Promoção da adesão à terapêutica e ao projeto pós-alta, projeto este iniciado recentemente, no qual embora não se tenha estado presente nas sessões, foi possível receber orientações que depois foram replicadas com os adolescentes.

Participou-se ainda em duas sessões de psicoeducação, uma relativamente à alimentação saudável, na qual se destacava a ingestão de alimentos com açúcar e outra

que abordava o tema da violência no namoro. Ressalva-se que estas sessões foram elaboradas por alunos da licenciatura de enfermagem e da EESMP.

Quando pertinente foram abordadas temáticas de maior sensibilidade com os adolescentes, destacando-se as questões relacionadas com a educação sexual ou comportamentos de risco. Foram ainda promovidas ações de sensibilização no que diz respeito a questões de comportamentos aditivos, uma vez que, com relativa frequência os internamentos da UP estiveram e estão relacionados quer com o abandono da terapêutica, quer com agravamento e descompensação da sintomatologia face a fatores de influência externa, como a utilização de substâncias psicotrópicas.

Com vista a aumentar a probabilidade de ocorrência dos comportamentos estimulados através das atividades desenvolvidas, foi considerada sempre a utilização do reforço positivo, procurando-se adicionalmente, aumentar e reforçar a autoestima e o sentimento de bem-estar do indivíduo. Segundo descreve Phaneuf (2005, p. 140) “motivar a pessoa cuidada a retomar a esperança, a querer curar-se e a tomar conta de si é com frequência muito difícil. No entanto, trata-se de um papel importante do Enfermeiro, que ela desempenha com a ajuda da comunicação e da relação de confiança desenvolvidas com o doente”.

Como já referido anteriormente, as 16 semanas de estágio foram profícuas em momentos de aprendizagem, quer a nível individual no desenvolvimento das competências teóricas, quer ao nível prático, em momentos de interação individual com os adolescentes e familiares, ou em grupo com os indivíduos alvos dos cuidados de enfermagem. Torna-se ainda pertinente referir, apesar de se considerar que a intervenção realizada não foi na quantidade desejada, que os momentos interventivos com as famílias dos adolescentes permitiram o desenvolvimento de competências ao nível das intervenções psicoeducativas e psicossociais, destacando-se em particular os aspetos relativos à compreensão e gestão da saúde mental, de modo a promover a reintegração tanto familiar como social do adolescente. Considera-se que a intervenção de enfermagem com a família permite que esta não se sinta abandonada no processo de cuidar, experimente o apoio por parte do Enfermeiro, bem como o sentimento tranquilidade e de competência na árdua tarefa que é prestar de cuidados a um adolescente com patologia do foro mental.

5.3 - Análise do desenvolvimento das Competências de Mestre em Enfermagem

O Artigo 15º do DL nº 63/2016 de 13 de setembro (p.3174) confere o Grau de Mestre, a todos os que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimento e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessários, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.

De acordo com o perfil de competências específicas do EESMP e com os objetivos definidos legalmente, bem como o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem de Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (A3ES, 2014, p.26), foram relatadas as competências a desenvolver, de modo a certificar a verificação de grau de Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Neste sentido, passa-se agora a descrever as competências de mestre, assim como as atividades desenvolvidas com o propósito de adquirir as mesmas.

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Todo o percurso profissional tem sido pautado com base no desenvolvimento de competências teóricas e práticas, visando a melhoria da prestação de cuidados. Contudo, surgiu a necessidade de associar competências numa área especializada, nomeadamente na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Considera-se que a globalidade do Mestrado foi um palco de inúmeros processos de crescimento teórico, tendo os estágios fornecido fundamentos essenciais ao nível das competências específicas e práticas.

Salienta-se que os contextos clínicos por si só já impunham alguma responsabilidade relativamente à gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, contudo, com o desenvolvimento das aptidões e conhecimentos foi notório o avolumar de responsabilidade no que diz respeito a estas competências de enfermagem, mas agora diretamente relacionadas com a saúde mental e psiquiátrica e com as necessidades dos indivíduos a quem se estavam a prestar cuidados.

O processo de supervisão, segundo referem Alarcão and Tavares (2003), requer que o supervisor detenha competências relativas a interações políticas, administrativas, curriculares e pedagógicas e que ao mesmo tempo incorpore habilidades para dirigir o supervisionado no seu processo de desenvolvimento humano, educacional e profissional. O supervisor necessita de manter uma postura de monitorização constante, refletindo e experimentando, ademais, deverá ser uma pessoa experiente e bem informada no âmbito da sua prestação de cuidados.

Sobressai que apesar de existirem alguns indicativos positivos face a este processo, este é um caminho que está ser iniciado, que se prevê longo, mas que fará parte de uma caminhada que permitirá crescer, melhorar e desenvolver competências que no final, trarão uma melhoria da qualidade dos cuidados e ao mesmo tempo de superação individual. É importante lembrar que todos os dias, todos os momentos, todas as experiências são momentos importantes e necessários para ir à procura da excelência, contribuído para tal a prática clínica, os indivíduos de quem se cuida e a investigação que é realizada.

Foram desenvolvidas diversas atividades com a população adolescente ao longo dos estágios, mediante as necessidades observadas na área da saúde mental, que permitiram a elaboração de diagnósticos e consequentemente intervenções de enfermagem especializadas, fornecendo estas resultados passíveis de serem avaliados de acordo com uma linguagem padronizada (CIPE). Assim, foi possível produzir dados que são compreendidos em qualquer local do mundo e demonstram que a prática de enfermagem é válida e fiável seja qual for a circunstância em que se apresenta (Amaral, 2010).

Outro fator considerado essencial, refere-se à atuação durante a prestação de cuidados, para o qual foram considerados os valores éticos e deontológicos nos quais a profissão de enfermagem baseia a sua forma de agir. Procurou-se sempre durante a atuação perante os adolescentes e restantes indivíduos com quem houve interação, o respeito pelos

pressupostos legais enunciados no REPE, na Deontologia do Profissional (EOE), no Regulamento de Competências do EESMP, no Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESM, bem como em documentos internacionais como a carta dos direitos humanos e dos direitos das crianças.

Constata-se que o desenvolvimento do PIS foi ainda benéfico no sentido de permitir a elaboração de um projeto com base nas necessidades sentidas e observados no âmbito do contexto clínico. Adicionalmente, considerando que o mesmo se fundamentou em conhecimentos, conceitos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e também de outras áreas do saber, conforme é observado ao longo das variadas etapas do processo de desenvolvimento do projeto, considera-se que se encontram reunidas as condições para referir que foram também integradas as competências relativamente à conceção e prestação clínica, bem como ao nível da liderança de equipas e projetos, no contexto de prática de cuidado. Do mesmo modo, salienta-se que este foi delineado para ser aplicado através de conhecimentos técnico-científicos e capacidades que implicavam a compreensão e resolução de problemas inerentes e pertinentes presentes na área de especialização, pelo que o PIS, contribuiu para esta competência, apesar de não ter sido possível realizar as etapas de execução, avaliação e divulgação do PIS por falta de *quórum*. Contudo, todas as atividades desenvolvidas, quer por iniciativa própria, quer por participação, dentro do planeamento da UP, foram momentos contribuintes para a aquisição desta competência de Mestre.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A curiosidade faz parte do processo de crescimento de qualquer pessoa que queira desenvolver competências e habilidades numa determinada área. Esta sempre foi uma área particularmente interessante e que suscitava interesse, contudo, muito pouco explorada. Como tudo se demonstrava “novo”, tudo despertava interesse e atenção, tudo era passível de ser interessante e ser mais uma fonte de informação para se poder desenvolver mais conhecimento. E como se costuma dizer, “o saber não ocupa lugar”, nunca é demais.

Todo o Mestrado em si foi um acréscimo de conhecimentos, se por um lado em algumas áreas já previamente conhecidas houve desenvolvimentos, noutras houve mesmo

um início de formação acerca das temáticas. Uma com mais esforço, outras com menos esforço, mas todas elas uma mais valia no percurso desenvolvido até aqui, tanto ao nível da enfermagem de cuidados gerais, mas especialmente ao nível da área da saúde mental.

A realização do Mestrado em Associação, no ramo de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, revelou-se uma fonte inesgotável de conhecimentos, tendo contribuído para tal as UC teóricas, mas em grande parte os estágios desenvolvidos, permitindo que fossem adquiridos conhecimentos, mobilizados, consolidados e “arrumados” nos devidos locais, de modo a que a prestação de cuidados fosse ao encontro do objetivos pessoais delineados.

Ao mesmo tempo a necessidade sentida face a conteúdos teóricos que suportassem a prestação de cuidados na sua vertente prática, bem como a necessidade de alicerçar as ações desenvolvidas enquanto profissional e também a nível pessoal, em particular nas áreas comunicacionais, relacionais e de intervenção ao nível psicopatológico, levaram a que fossem desenvolvidos esforços, no sentido de recorrer a uma prática baseada na evidência, com o propósito final de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem desenvolvidos. Foram promovidos esforços de ordem pessoal no sentido de colmatar necessidades formativas, bem como de instituir novas competências, especificamente no que diz respeito ao desenvolvimento do PIS, dado que este tem um carácter de ordem psicoeducativo e psicoterapêutico, nomeadamente na área das TCC.

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Trabalhar em equipa é fazer parte de um todo. Fazendo uma analogia, o trabalho em equipa pode ser visto como uma máquina complexa na qual o conjunto (equipa) produz algo (um objetivo final) e na qual, quando uma peça (elemento) falta, toda a engrenagem deixa de funcionar. Neste sentido, na enfermagem, o trabalho em equipa multidisciplinar funciona do mesmo modo, quando um elemento da equipa multiprofissional falta, todo o processo de prestação de cuidados fica também comprometido, ou pelo menos incompleto.

Durante todos os estágios integrou-se a equipa multidisciplinar, tendo colaborado através da prestação de cuidados em equipa. Para tal contribuiu-se ativamente nos diferentes projetos implementados, demonstrou-se disponibilidade, tendo-se estado

envolvido ao mesmo nível que os restantes Enfermeiros no que diz respeito à prática clínica da UP.

Houve colaborações diversas no que diz respeito a aspetos organizativos da UP, considerando que o serviço estava em fase de organização e cooperou-se de forma proativa nas reuniões multidisciplinares.

Considera-se que se procurou desenvolver toda a atuação e prestação de cuidados visando a promoção do trabalho em equipa, considerando sempre a importância de um bom relacionamento entre todos os profissionais e demonstrando, para além das competências inerentes à profissão de enfermagem, humildade, tolerância, companheirismo e inteligência emocional em prol de um bem maior, neste caso a qualidade dos cuidados prestados.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

Tomar decisões seja ao nível da vida pessoal, seja em contexto de prestação de cuidados nunca é um processo simples e livre de consequências. Na área da saúde mental e em especial quando se presta cuidados a adolescentes, a tomada de decisão é um processo que se reveste de maior dificuldade. Salienta-se em particular as decisões tomadas no âmbito do processo relacional, as quais englobam habitualmente as questões comunicacionais com o indivíduo e que se não forem bem ponderadas podem colocar em causa o estabelecimento da relação terapêutica e consequentemente todos os objetivos delineados para a promoção da saúde mental do indivíduo de que se cuida.

Nunes (2011, p. 133) refere assim que “tomar uma decisão consiste em escolher a melhor alternativa (que se me apresentou) de acordo com critérios estabelecidos, com base numa certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objetivo específico ou um determinado resultado.”

Para além do exposto em termos relacionais, salienta-se que todo o desenvolvimento do PIS, desde a sua escolha até à sua elaboração, foram ao encontro de uma tomada de decisão previamente definida no primeiro estágio, realizado também ele neste contexto clínico. Foi, contudo, neste último estágio que se verificou verdadeiramente a necessidade de delinear um projeto efetivo sobre a temática da resolução de problemas nos

adolescentes com depressão, tendo para tal sido definido o plano de trabalho descrito previamente no capítulo inerente ao tema. Constata-se agora que de acordo com a definição dada por Nunes (2011), o caminho percorrido foi efetivamente no sentido de ir ao encontro dos objetivos estabelecidos, dado que tinha sido definida uma necessidade e como tal foi tomada uma decisão. Decisão esta que inicialmente quase pareceu megalómana, mas foi possível concretizar e permitiu deixar como legado para a UP um projeto, que os mesmos referiram como muito interessante e como uma mais valia para o serviço.

Ao mesmo tempo, foi ainda desenvolvida uma revisão sistemática da literatura, com o intuito de dar resposta à pertinência do PIS desenvolvido.

A realização de uma revisão sistemática da literatura permite que seja abordada de forma metodológica um conjunto de conceitos ou problemáticas que são significativos para a saúde, em particular para a enfermagem, através da análise e reflexão crítica acerca do conhecimento encontrado nas diversas fontes de evidência científica disponíveis (Fortin, 2006) num determinado espaço de tempo, compreendendo uma metodologia própria.

Tendo em conta o contexto clínico do estágio e as necessidades identificadas, procurou-se dar resposta à pergunta de investigação “Em adolescentes, a realização da Terapia de Resolução de Problemas aplicada por Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica, tem benefícios na sintomatologia depressiva?”, tendo em conta que a adolescência é um processo constituído por inúmeras variáveis, que alternam consoante o desenvolvimento, o crescimento e a incorporação das vivências ocorridas em cada jovem nesta fase da vida. Tais aspetos podem constituir focos de possíveis alterações em diversos níveis, de entre os quais se destaca o humor. Nos distúrbios de humor na adolescência, as competências do EESMP sobressaem, em particular ao nível das intervenções psicoterapêuticas, destacando-se por exemplo a TRP que compreende um conjunto de reações cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo um tratamento pouco usual na literatura, em especial quando associado a adolescentes com depressão e sem ter anexado a si um conjunto de outras técnicas cognitivo comportamentais ou outras patologias orgânicas.

Neste sentido, a revisão realizada teve como objetivo primordial explicar de forma holística a TRP aplicada pelo EESMP em contexto clínico, em adolescentes com

depressão, tendo sido realizada a pesquisa nas bases de dados EBSCO, B-on, PubMed e Adolec, através da estratégia de investigação PICO. Foram incluídos estudos com adolescentes com depressão, que apresentassem melhoria da sintomatologia depressiva após serem sujeitos a TRP. Os estudos foram avaliados segundo os critérios metodológicos do *Instituto Joanna Briggs*.

Destaca-se escassez de evidência encontrada com clara relevância científica, o que não permite afirmar com certeza a eficácia da TRP, no entanto as evidências mostram que existe um caminho com resultados favoráveis na utilização da TRP para adolescentes com depressão, com melhoria da sintomatologia depressiva. Apesar da parca evidência científica, a TRP pode ser aplicada por Enfermeiros, quer EESMP quer generalistas.

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Lomos et al. (2005) citado pelo ICN (2012, p. 10) explicam que a “evidência refere-se a factos [...] a serem utilizados para apoiar uma conclusão”, necessitando-se para tal de utilizar a prática baseada na evidência, com vista a desenvolver processos de investigação que promovam a melhoria de qualidade, neste caso particular relativamente à ciência de enfermagem.

Assim, a prática baseada na evidência é uma metodologia de “resolução de problemas” interiorizada no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem “que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência, avaliação clínica, bem como preferências do doente no contexto do cuidar.” Tal aspeto, torna-se útil para o desenvolvimento da investigação em enfermagem, que visa “desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem.” É com base nestes aspetos que posteriormente se promove a melhoria da qualidade, quer seja ao nível “da clínica ou do desempenho [...], processos e funções, na satisfação clínica e nos resultados de custo.” O desenvolvimento de projetos na área da melhoria da qualidade contribui “para a compreensão das melhores práticas ou processos de tratamento que envolvem os enfermeiros.” (ICN, 2012, p. 10).

Considera-se que, do mesmo modo que o artigo científico elaborado foi primordial para o desenvolvimento da competência anterior, também nesta competência este

desempenhou um papel de destaque, tendo em conta as perspetivas inerentes à prática baseada na evidência, bem como ao processo de investigação desenvolvido. Do mesmo modo, todo o PIS elaborado, foi sustentado numa pesquisa bibliográfica exaustiva que inevitavelmente, suportou parte das competências teóricas adquiridas ao longo do estágio. Concomitantemente, e como não foram apenas prestados cuidados a adolescentes com depressão, as necessidades que foram sendo encontradas acabaram por ser colmatadas por processos de revisão bibliográfica com vista a dar resposta às dúvidas e questões que foram surgindo, bem como através de momentos reflexivos e de discussão com o Orientador.

Destaca-se que apesar de terem sido cerca de 16 semanas de trabalho intenso e com integração de diversos conteúdos, termina-se este processo com a certeza que ainda há um mundo para explorar e que esta é apenas a ponta do *iceberg*.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

De uma forma global considera-se que foi possível devolver competências ao longo dos estágios acerca da identificação de necessidades de cuidados, bem como de planeamento de atividades, intervenções de enfermagem, de acordo com os diagnósticos realizados previamente. Contudo, nem sempre foi um processo fácil dado o contexto de prática clínica e as dificuldades de interação que se colocavam no estabelecimento da relação terapêutica. Foram, contudo, delineadas estratégias para ultrapassar dificuldades inerentes ao contexto de saúde mental, visando as estratégias e objetivos que se pretendiam atingir.

Apesar da não execução do projeto desenvolvido, a experiência adquirida e os suportes teóricos obtidos, permitiram incorporar nas intervenções individuais aspetos do PIS, de modo a melhorar a abordagem realizada no âmbito da prestação de cuidados ao adolescente com depressão e com dificuldades na resolução de problemas.

Foi sem dúvida produtivo, dado que foi possível transmitir também alguns dos conhecimentos adquiridos ao longo da realização do PIS aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando assim que todos pudessem intervir neste contexto.

Ademais, e uma vez que se prevê que o PIS será implementado na UP, este foi uma mais valia, na medida em que todos conseguiram participar e estar atualizados acerca do desenvolvimento do mesmo.

Estas 16 semanas de estágio em contexto de internamento na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens com problemas do foro mental, possibilitaram aprendizagens através da observação, reflexão e prática clínica própria e dos restantes profissionais, tendo sido as primeiras, alvo de constante avaliação e as segundas alvo de discussão e reflexão pessoal com o Orientador.

É deste modo, que se consideram adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem no ramo de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, sabendo que na longa escadaria que percorre o caminho do conhecimento e da sabedoria apenas subimos mais um degrau. Este é um passo importante, é mais uma etapa, mas é também um caminho que se afigura para todo o sempre contínuo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estando este percurso agora a chegar ao fim considera-se que é importante refletir de forma global acerca do desenvolvimento quer do estágio em si, quer do desenvolvimento do PIS, quer das competências adquiridas, quer das dificuldades sentidas.

Ao longo deste relatório procurou-se destacar as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas no contexto de estágio em que se esteve inserido, de modo a dar visibilidade ao desempenho enquanto futuro EESMP e Mestre em Enfermagem. Sobressai que, apesar de inicialmente se estar apreensivo com o modo como iria decorrer o Mestrado e estágios, bem como seria a perceção face a esta nova realidade, as expetativas foram de todo ultrapassadas pela positiva. A prestação de cuidados a adolescentes e jovens adultos, foi sem dúvida um fator de crescimento e autoconhecimento, tendo em conta a necessidade de ter que estar ao mesmo nível que estes indivíduos, modificando as próprias perceções face ao mundo atual, no sentido de conseguir desenvolver uma relação terapêutica eficaz. Denota-se que foi essencial a integração e melhoria de saberes técnicos, científicos e relacionais desenvolvidos através das diversas interações com os indivíduos cuidados, no qual as questões relacionadas com a comunicação e a relação de ajuda desempenharam um papel preponderante ao nível do autoconhecimento e tomada de consciência, bem como relativamente ao desenvolvimento das relações interpessoais.

A identificação das necessidades do indivíduo em contexto de internamento foi um ponto fundamental ao nível da prestação de cuidados, na medida que possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos e saberes através das pesquisas bibliográficas, da reflexão e partilha com o Orientador, culminando posteriormente na melhoria da prática clínica.

Ao mesmo tempo, torna-se agora evidente a necessidade da realização de intervenções quer psicoeducativas, quer psicoterapêuticas ou socioterapêuticas, tanto para indivíduos que sofram de doença do foro mental, como para os seus familiares, na medida em que estas apresentam benefício para ambos e melhoram a qualidade de vida deste binómio.

Constata-se que foi de forma muito proveitosa que foram realizadas estas atividades, tendo todas contribuído para o crescimento individual do Mestrando, no sentido da partilha efetuada durante as mesmas, mas também pelo desenvolvimento de capacidades de comunicação e relação desenvolvidas, bem como pelos constantes limites individuais

que foram sendo ultrapassados. Este aspeto insere-se em especial no receio de atuar de forma terapêutica, sob o risco de poder prejudicar. Considera-se que na sua essência, este facto se deveu à insegurança sentida pelo Mestrando, motivo pelo qual necessitou de reflexão ao longo do relatório.

Outro aspeto relevante diz respeito ao desenvolvimento do PIS. Este foi elaborado tendo em conta as necessidades específicas do contexto clínico do estágio, tendo sido suportado pelo referencial teórico da Teoria de Sistemas de Betty Neuman, uma vez que a adolescência é uma fase do ciclo vital na qual, frequentemente, o adolescente (cliente) sofre a interferência do ambiente que o rodeia, podendo assim desencadear alterações na sua homeostasia, particularmente no humor. Deste modo, o presente PIS foi desenvolvido de acordo com um planeamento rigoroso e metódico, que envolveu diversas etapas e procedimentos realizados com o devido preceito científico e com a base nas linhas de investigação instituídas.

Este projeto, no âmbito da resolução de problemas de adolescentes com depressão e pais, por impossibilidades de cariz burocrático, isto é, pelo tempo demorado na aquisição de parecer positivo por parte da Comissão de Ética para Saúde do CHPL, apresentou dificuldades no prólogo da etapa de execução. Contudo, salienta-se que para a não realização efetiva desta etapa contribuiu a imprevisibilidade dos indivíduos internados durante o período de tempo de estágio, tendo sido verificado que no último mês (após a autorização e no final do estágio) não existiu *quórum* para a aplicação do CRP-A/P, ou seja, não estiveram internados adolescentes com critérios de inclusão no PIS.

Contudo, o PIS, conjuntamente com as restantes atividades desenvolvidas e a prestação clínica realizada no estágio, possibilitaram a aquisição e o aprofundamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica.


Tendo o estágio sido desenvolvido à luz de uma prática reflexiva e fundamentado pelos diversos documentos que expõem as variadas competências que necessitam de ser adquiridas e nos quais se englobam as competências de Mestre em Enfermagem, considera-se que foram adquiridas as competências propostas, bem como foram atingidos os objetivos para o estágio e para o relatório. Contudo, os objetivos delineados para o PIS, não foram concluídos tendo em conta que o projeto apenas foi planeado, não tendo sido possível executar o mesmo, nem obter os resultados da sua aplicabilidade. Importa referir

que, apesar de tudo, o CRP-A/P ficou na iminência de ser implementado no contexto clínico, de modo a poder fazer parte do plano de atividades semanais.

Embora, se considere que os objetivos tenham sido atingidos, salienta-se que ao longo do presente estágio foram sendo encontrados obstáculos e dificuldades. Destaca-se, por vezes, as dificuldades no estabelecimento das relações terapêuticas, bem como a utilização de todas as competências neste âmbito. Contata-se que o campo da comunicação e da relação de ajuda, se trata de um universo repleto de complexidades e que o facto de cada indivíduo ser um Ser diferente, faz com que o Enfermeiro, forçosamente, tenha que se adaptar a essa variabilidade de situações, personalidades e estados emocionais, o que nem sempre é fácil, considerando que o próprio Enfermeiro, é também ele diferente. Contudo, este é um aspeto em constante melhoria, que requer prática para ser aprimorado. Por outro lado, o volume de informação ao nível da psicopatologia, associada à mutabilidade de sintomas e sinais do indivíduo, requer uma capacidade de avaliação elevada, a qual tem vindo a ser aperfeiçoada.

Em todas as dificuldades e obstáculos encontrados, foi importante realizar uma reflexão interna e ao mesmo tempo utilizar a partilha reflexiva e crítica, através de discussões tanto com o Enfermeiro Orientador, como com outros Enfermeiros e profissionais de saúde, no sentido de recolher opiniões, trabalhar estratégias e mecanismos, de modo a ultrapassar as barreiras que foram sendo encontradas e assim enriquecer o percurso profissional e pessoal do Mestrando.

Encerrado que está este capítulo, percebe-se agora que este caminho apenas começou. Fazendo uma analogia deste percurso a uma maratona, tendo em conta os 42 Km que a mesma apresenta, comparativamente ao caminho atual, se já tivesse sido iniciada a corrida estar-se-ia ainda nos primeiros quilómetros... Porém, contribuíram para esta evolução as ferramentas facultadas ao longo destes três semestres do Mestrado. Relembrando as palavras de Confúcio “Se encontrares um homem com fome, não lhe dês um peixe, ensina-o a pescar” (Lazure, 1994, p. 14). E foi realmente o que aconteceu! Aqui, toma-se consciência que se vai no início do caminho para o desenvolvimento dos conhecimentos e saberes inerentes às competências do EESMP, mas termina-se com a certeza que se tem a “cana para pescar” e que doravante se vai continuar a pautar a prestação de cuidados de Enfermagem visando a qualidade e a excelência dos cuidados, fundamentados na evidência científica, de modo a promover a dignificação e



A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão |

reconhecimento da profissão de Enfermagem., mas agora com mais ferramentas e mecanismos para suplantiar as novas etapas que se adivinham nesta nova área de competências.

7. --REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico : fundamentos, teorias e considerações didáticas* (Formasau Ed.). Coimbra.
- Abreu-Afonso, J., & Neto, I. (2018). Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. In PACTOR (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 203-220). Lisboa.
- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES). (2014). NCE/14/01772 -Apresentação do pedido - Mestrado em Enfermagem (2º ciclo). Consultado a 12 de fevereiro de 2019. Disponível em: [http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/\(id\)/3126/\(basenode\)/893](http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/(id)/3126/(basenode)/893)
- Agostinho, L. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão Pública), Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem* (Almedina Ed. 2ª ed.). Coimbra.
- Alligood, M. (2001). Nursing theory: the basis for professional nursing. In W. B. Saunders (Ed.), *Professional nursing: concepts and challenges* (3ª ed., pp. 271-289). Filadélfia.
- Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório*. Retrieved from Lisboa:
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação* (P. edições Ed. 4ª ed.). Braga.
- Alves, J. A. d. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas 17-18(2009-2010), 51-71. Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9110/1/gestaodesenvolvimento17_18_51.pdf
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE* (Lusociência Ed.). Loures.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatística das Transtornos Mentais* (Artmed Ed. 5ª ed.). Porto Alegre.
- ARISCO. (2012). Baralhações. Retrieved from <http://www.arisco-ipss.org/baralhacoes>
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J Consult Clin Psychol*, 55(3), 361-366. doi:10.1037/0022-006X.55.3.361
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., & O'Connor, E. E. (2012). Developmental risk of depression: experience matters. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(2), 261-278. doi:10.1016/j.chc.2011.12.001
- Beck, J. (2014). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática* Artmed (Ed.)
- Becker-Weidman, E. G., Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Silva, S. G., & March, J. S. (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research And Therapy*, 48(1), 11-18. doi:10.1016/j.brat.2009.08.006
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). The Influence of Social Problem-Solving Ability on the Relationship Between Daily Stress and Adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439-448. doi:10.1007/s10608-009-9256-8
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Q. Editora Ed.). Coimbra.

- Bénony, H. (2005). *O exame psicológico e clínico do adolescente* (C. editores Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., . . . Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Bolander, V. B., Sorensen, & Luckman. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofisiológica* (Lusodidacta Ed.).
- Bolton, P., Bass, J., Betancourt, T., Speelman, L., Onyango, G., Clougherty, K. F., . . . Verdelli, H. (2007). Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(5), 519-527. doi:10.1001/jama.298.5.519
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., . . . Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Brent, D., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Asarnow, J. R., Keller, M., . . . Zelazny, J. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *Jama*, 299(8), 901-913. Retrieved from https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/1028633/joc80010_901_913.pdf doi:10.1001/jama.299.8.901
- Breton, J. J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., & Guile, J. M. (2012). Clinical characteristics of depressed youths in child psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21(1), 16-29.
- Buitelaar, J. K. (2012). Adolescence as a turning point: for better and worse. *European child & adolescent psychiatry*, 21(7), 357-359. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389598/pdf/787_2012_Article_296.pdf doi:10.1007/s00787-012-0296-3
- Callahan, P., Liu, P., Purcell, R., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2012). Evidence Map of Prevention and Treatment Interventions for Depression in Young People. *Depression Research and Treatment*, 2012. doi:10.1155/2012/820735
- Campos, R. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9, 371-382.
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação* (F. d. M. d. U. d. Porto Ed.). Porto.
- Casanova, M. P. (2008). *Relatório. Algumas Normas Metodológicas*. Ramada.
- Cerqueira, A., Gomes, F., Leal, P., & Nunes, L. (2014). *DIDÁTICA EM ENFERMAGEM Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem I*. Departamento de Enfermagem ESS (Ed.)
- Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica Os Fundamentos - Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda* (Lusodidacta Ed. Vol. Volume 1). Lisboa: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (Lusodidacta Ed. Vol. Volume 2). Lisboa: Lusodidacta.
- CHPL. (2018a). História. CHPL. Retrieved from http://www.chpl.pt/artigos/chpl/historia_pt_211
- CHPL. (2018b). Missão e Visão CHPL. Retrieved from http://www.chpl.pt/artigos/chpl/missao-e-visao_pt_218

- CHPL. (2018c). Organização. CHPL. Retrieved from http://media.chpl.pt/multimedia/DOCUMENTOS/220/Organograma_2018%20-%20V3.pdf
- Chugh, G., Mehta, M., Sagar, R., & Dhawan, A. (2010). *Development and assessment of effectiveness of strategies for coping skills in adolescents*. Tese de Doutoramento. Department of Psychiatry, AIIMS New Delhi.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess*, 5(35), 1-173.
- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(3), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00968.x
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem* (LIDEL Ed. 3ª ed.). Lisboa.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (Lusociência Ed.). Loures.
- Costa, A. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação de Beja, Beja, Portugal.
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry*, 48, 27-37. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.11.006
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680-687. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15091141
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 280-291. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101411
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F., 3rd. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148. doi:10.1002/wps.20038
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 9-15. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.11.001
- Curry, J., Wells, K., Brent, D., Clarke, G., Rodhe, P., & Albano, A. (2000). *Cognitive behavior therapy manual for TADS*. de Sheehy's (Lusodidacta Ed.). Loures.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: vivências para o trabalho em grupo* (E. Vozes Ed.). Petrópolis.
- DGS. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde: Manual de Acreditação de Unidades de Saúde* (2ª ed.). Lisboa.
- Dietz, L. J., Marshal, M. P., Burton, C. M., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D., . . . Brent, D. A. (2014). Social Problem Solving Among Depressed Adolescents Is

- Enhanced by Structured Psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*, 82(2), 202-211. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966937/pdf/nihms556185.pdf> doi:10.1037/a0035718
- Diler, R. S., & Avci, A. (2002). Selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. *Swiss Med Wkly*, 132(33-34), 470-477. doi:2002/33/smw-09937
- Diógenes, M. A. R., & Pagliuca, I. M. F. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev gaúcha enferm*, 24, 286-293.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar em Enfermagem*, 21(1), 20-30. Retrieved from pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%20%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahU-KEwjK65yq0IbhAhXDxoUKHZW1CAMQFjAAegQI-CRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fportal-da-estatistica-da-saude%2Fdiretorio-de-informacao%2Fdiretorio-de-informacao%2Fpor-serie-883589-pdf.aspx%3Fv%3D11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547&usg=AOvVaw2YI6XyopswPcvSxxJfzca>
- Dobson, D., & Dobson, K. (2011). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia* (C. Editores Ed.). Lisboa.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., . . . Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev*, 42, 1-15. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Dubicka, B., Elvins, R., Roberts, C., Chick, G., Wilkinson, P., & Goodyer, I. M. (2018). Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 433-440. doi:10.1192/bjp.bp.109.075853
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med*, 38(5), 611-623. doi:10.1017/s0033291707001614
- Emslie, G. J., Ventura, D., Korotzer, A., & Tourkodimitris, S. (2009). Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(7), 721-729. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a2b304
- Emslie, G., Kratochvil, C., Vitiello, B., Silva, S., Mayes, T., McNulty, S., . . . March, J. (2006). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): safety results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(12), 1440-1455. doi:10.1097/01.chi.0000240840.63737.1d
- Erse, M. P. Q. d. A., Simões, R. M. P., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., Loureiro, C. R. E. C., Matos, M. E. T. S., & Santos, J. C. P. (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*, 37-45.

- Eskin, M. (2013). *Problem solving therapy in the clinical practice Problem solving therapy in the clinical practice*.
- Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cognitive Therapy & Research*, 32(2), 227-245. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10608-007-9172-8.pdf> doi:10.1007/s10608-007-9172-8
- Farley, R. L. (2005). Pharmacological Treatment of Major Depressive Disorder in Adolescents. *The Scientific World JOURNAL*, 5, 420-426. doi:10.1100/tsw.2005.55
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista PERCURSOS*, 15.
- Figueiredo, N. M., & Vieira, A. A. (2006). *Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem* (Y. Editora Ed.). São Caetano do Sul, SP.
- First, M., & al., E. (2017). *Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5* Artmed (Ed.)
- Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2006). *FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO*. Loures: Lusociência.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas In Lusociência (Ed.), *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 335-376). Loures.
- Freitas, M. J. B. d. S. d., & Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*, 171-178.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A Prática clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., Centolella, D. M., & Soldano, K. W. (1996). Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy*, 18(3), 371-383. doi:10.1007/bf02197048
- Gabbard, G. (2016). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* Artmed (Ed.)
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., . . . Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Jama*, 301(21), 2215-2224. doi:10.1001/jama.2009.788
- Garcia, R., Netto, E., Ramos, A., Silva, M., amorim, F., & Lima, M. (2005). Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos. *Revista de Neurologia, Neurocirurgia, y Psiquiatria*, 38, 129-134.
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemp Nurse*, 34(2), 140-148. doi:10.5172/conu.2010.34.2.140
- Gil, L., Oliveira, C., & Queiroz, O. (2018). Ideação Suicida. In LIDEL (Ed.), *Urgências Psiquiátricas* (pp. 157-168). Lisboa.
- Goldman, S. (2012). Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(2), 217-235, vii. doi:10.1016/j.chc.2011.12.002
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional. A Teoria Revolucionária que redefine o que é ser inteligente* (I. E. O. L. Brockman Ed.).
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (T. e. Debates Ed.). Lisboa.

- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 2, 78-90. Retrieved from <https://hbr.org/2000/03/leadership-that-gets-results>
- Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente : a psicoterapia como adjectivação da experiência* (Quarteto Ed.). Coimbra.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). INTERVENÇÕES FAMILIARES NA ESQUIZOFRENIA Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Goodyer, I. M., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., . . . Harrington, R. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Technol Assess*, 12(14), iii-iv, ix-60.
- Goodyer, I. M., Wilkinson, P., Dubicka, B., & Kelvin, R. (2010). Forum: the use of selective serotonin reuptake inhibitors in depressed children and adolescents: commentary on the meta-analysis by Hetrick et al. *Curr Opin Psychiatry*, 23(1), 58-61. doi:10.1097/YCO.0b013e328334bce0
- Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., . . . Harrington, R. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *Bmj*, 335(7611), 142. doi:10.1136/bmj.39224.494340.55
- Gotlib, I. H., & Asarnow, R. F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. *J Consult Clin Psychol*, 47(1), 86-95. doi:10.1037/0022-006X.47.1.86
- GTRH. (2015). Relatório da Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental. In G. T. p. a. R. Hospitalar (Ed.), (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar ed.). Lisboa.
- Hankin, B. L., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B. G., & Goldband, J. (2009). Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: review of processes contributing to stability and change across time. *J Clin Psychol*, 65(12), 1327-1338. doi:10.1002/jclp.20625
- Hassel, S., McKinnon, M. C., Cusi, A. M., & Macqueen, G. M. (2011). An Overview of Psychological and Neurobiological Mechanisms by which Early Negative Experiences Increase Risk of Mood Disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20(4), 277-288.
- Haugaard, J. J. (2008). *Child psychopathology*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Hazen, E., Schlozman, S., & Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: a review. *Pediatr Rev*, 29(5), 161-167. doi:10.1542/pir.29-5-161
- HBSC. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being (international report from the 2013/2014 survey)* W. H. O. r. o. i. Europe (Ed.) Retrieved from www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbhc
- Hermida, P. M. V., & Araújo, I. E. M. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev bras enferm*, 59, 675-679.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar* (Lusociência Ed.). Loures.
- Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P., & Proctor, M. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and

- adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd004851. doi:10.1002/14651858.CD004851.pub2
- Hoek, W., Schuurmans, J., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2012). Effects of Internet-Based Guided Self-Help Problem-Solving Therapy for Adolescents with Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 7(8). Retrieved from <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0043485&type=printable> doi:10.1371/journal.pone.0043485
- Hurley, J. (2009). A qualitative study of mental health nurse identities: many roles, one profession. *Int J Ment Health Nurs*, 18(6), 383-390. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00625.x
- ICN. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas* (O. d. Enfermeiros Ed.). Genebra.
- ICN. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação* (O. d. Enfermeiros Ed.). Genebra.
- ICN. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (O. d. Enfermeiros Ed.): Lusodidacta.
- ICN. (2017). Recomendações para as dotações seguras de enfermeiros. . Retrieved from <http://sep.org.pt/artigo/setor-publico/icn-2017-recomendacoes-para-as-dotacoes-seguras-de-enfermeiros/>
- Ignacio, J. J., & Taylor, B. J. (2013). Ethical issues in health-care inquiry: A discussion paper. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 56-61. doi:10.1111/ijn.12017
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento de saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (E. N. d. S. P. O. Avulsas Ed.). Lisboa.
- Iosue, M., Carli, V., D'Aulerio, M., Basilio, F., Di Domenico, A., Recchia, L., . . . Wasserman, D. (2012). Depression and suicidal ideation among italian adolescents. Preliminary results from the SEYLE project. *European Psychiatry*, 27, 1. doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75593-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75593-1)
- Isolan, L. R. (2005). Transferência erótica: uma breve revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 188-195.
- Johansson, I. M., Skarsater, I., & Danielson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(4), 366-372. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01091.x
- Kennard, B. D., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Asarnow, J. R., Shamseddeen, W., Porta, G., . . . Brent, D. A. (2009). Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: preliminary findings. *J Consult Clin Psychol*, 77(6), 1033-1041. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705725/pdf/nihms468705.pdf> doi:10.1037/a0017411
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1403-1413. doi:10.1097/chi.0b013e3180592aaa
- Kozier, B., Erb, G. L., Berman, A., Snyder, S., Levett-Jones, T., Dwyer, T., . . . Stanley, D. (2015). *Fundamentals of Nursing* (P. Australia Ed. 3ª ed.). Melbourne.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda - abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira* (Lusociência Ed.). Lisboa.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (A. Médica Ed. 3ª ed.). Porto Alegre.

- Leahy, R. (2006). *Técnica de Terapia Cognitiva manual do terapeuta* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Leal, I. (2018). Psicoterapias: teorias e percursos. In PACTOR (Ed.), *Psicoterapias* (PACTOR ed., pp. 1-4). Lisboa: LIDEL.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. d. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 775-782.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405803533> doi:10.1016/S0005-7894(05)80353-3
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7-14.
- Maalouf, F. T., & Brent, D. A. (2012). Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(2), 299-312. doi:10.1016/j.chc.2012.01.001
- Mackinnon, R., Michels, M., & Buckley, B. (2018). *A entrevista psiquiátrica na prática clínica* Artmed (Ed.).
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., . . . Severe, J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama*, 292(7), 807-820. doi:10.1001/jama.292.7.807
- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M. J. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles*, 41(1-2), 31-48. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1018833607815.pdf> doi:10.1023/A:1018833607815
- Matos, M., & colaboradores. (2018). *Relatório do estudo HBSC 2018 A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO - Dados nacionais do estudo HBSC 2018*. Retrieved from Cruz Quebrada: aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf
- Matos, P., & Fontaine, M. (1992). *Family environment scale - FES. Adaptação portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22(1), 35-40.
- Mazza, J. J., Fleming, C. B., Abbott, R. D., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F. (2010). Identifying trajectories of adolescents' depressive phenomena: an examination of early risk factors. *J Youth Adolesc*, 39(6), 579-593. doi:10.1007/s10964-009-9406-z
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(12), Cd003380. doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro: Diário da República, 1.ª série, n.º 176, 3159-3191. Retrieved from). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro: Diário da República, 1.ª série, n.º 176, 3159-3191.

- Ministério da Saúde – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (2014). Deliberação 1037/2014 de 6 de maio: Diário da República, 2ª série, nº 86, 11781 – 11787. Retrieved from media.chpl.pt/multimedia/DOCUMENTOS/222/Regulamento%20Interno%20CHPL.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Diário da República, 2ª série, nº 26, 4744 – 4750. Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento nº 161/1996 de 4 de setembro: Diário da República, 1ª série A, nº 205, 2959 – 2962. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
- Assembleia da República. (2016). Lei nº 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 1ª série, nº 181, 8059 – 8105. Retrieved from
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102(2), 246-268. doi:10.1037/0033-295X.102.2.246
- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. In LIDEL (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339-358). Lisboa.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). Family Environment Scale manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 61(6), 577-584. doi:10.1001/archpsyc.61.6.577
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems Model* (A. Lange Ed. 3ª ed.). Norwalk, CT.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model In Pearson (Ed.), *The Neuman Systems Model* (5ª ed., pp. 3-33). Upper Saddle River, NJ.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (Pearson Ed. 5ª ed.). Upper Saddle River, NJ.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J Consult Clin Psychol*, 54(2), 196-202. doi:10.1037/0022-006X.54.2.196
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7(2), 121-144. doi:10.1016/0272-7358(87)90030-4
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1-33. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80002-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80002-9)
- Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 408-413. doi:10.1037/0022-006X.57.3.408
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Nezu, A. M., Wilkins, V. M., & Nezu, C. M. (2004). Social Problem Solving, Stress, and Negative Affect *Social problem solving: Theory, research, and training*. (pp. 49-65). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- NICE. (2005, 2017). Depression in children and young people: identification and management (CG28). National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>

- Nielsen, N. (2006). Evaluation of family therapy. *Nordic journal of psychiatry*, 60(2), 137-143.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista PERCURSOS*, 17, 3-9.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes* (Lusociência Ed.). Loures.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 30-37.
- OMS. (2001). *The World health report : 2001 Mental health : new understanding, new hope* (W. H. Organization Ed.). Genebra.
- OMS. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Retrieved from Genebra: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- OMS. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action* W. H. Organization (Ed.) Retrieved from https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- OMS. (2004). *Prevention of Mental Disorders: EFFECTIVE INTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS: summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse* Retrieved from Genebra:
- OMS. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- OMS. (2016). Mental Health: Strengthening our response. Fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- OMS. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- OMS. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=61B787CF91D9773478B30ECBC319F108?sequence=1>
- OMS. (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe* (9289053488). Retrieved from Copenhagen, Dinamarca: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento 515/2018 de 7 de agosto: Diário da República, 2ª série, nº 151, 21427 – 21430. Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 356/2015 de 35 de junho: Diário da República, 2º série, nº 122, 17034 – 17041. Retrieved from https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017). Parecer MCEESMP 01/2017 Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental: Mesa do Colégio Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompeEEESMPRealizacaoExameEstado-Mental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4.ed. New York: Oxford, 1994:44-119.
- Peplau, H. E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* (S. A. Edições Científicas e Técnicas Ed.). Barcelona.
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., . . . Huang, L. N. (2013). Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. *MMWR Suppl*, 62(2), 1-35.
- Peterson, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes* (Artmed Ed.). São Paulo, Brasil.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado* (Q. Editora Ed.). Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Lusodidacta Ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Ponciano, E., Cardoso, I., e Pereira, A.- Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In Pereira A. e Motta D. - Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção. Coimbra: SASUC, 2004.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Conceitos e procedimentos* (Lusodidacta Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Presidência do Conselho de Ministros (2008). Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de março: Diário da República, 1ª série, nº 47, 1395 – 1409. Retrieved from Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de março: Diário da República, 1ª série, nº 47, 1395 – 1409.
- Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente 021/2011 C.F.R. (2011).
- Pumariega, A. J., & Joshi, S. V. (2010). Culture and Development in Children and Youth. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(4), 661-680. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499310000660> doi:10.1016/j.chc.2010.08.002
- Queiróz, O. (2014). Perturbações de Humor na Adolescência. In LIDEL (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância à Adolescência* (pp. 321-338). Lisboa: LIDEL.
- Quevedo, J., & Silva, A. (2013). *Depressão: teoria e clínica* Artmed (Ed.)
- Regulamento da UP, (2018d).
- Relvas, P. (2012). *Fatores de risco para a sintomatologia depressiva em jovens adultos* (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9893/1/dissertação.pdf>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures.

- Sá, I., & Baptista, T. (2018). Terapias Cognitivo-Comportamentais. In PACTOR (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 151-168). Lisboa.
- Sampaio, D. (2018). Terapia Familiar Sistémica. In PACTOR (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 221-232). Lisboa: LIDEL.
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth depression in the family context: familial risk factors and models of treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 8(3), 203-219. doi:10.1007/s10567-005-6666-3
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental* (LIDEL Ed.). Lisboa.
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x
- Sheehy's. (2001). *Enfermagem de Urgência*
- Shieh, C., & Hosei, B. (2008). Printed Health Information Materials: Evaluation of Readability and Suitability. *Journal of Community Health Nursing*, 25(2), 73-90. doi:10.1080/07370010802017083
- Silva, M., & Sampaio, D. (2011). Antidepressants and suicide in adolescents. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), -590. doi:10.20344/amp.481
- Singhal, M., Munivenkatappa, M., Kommu, J. V. S., & Philip, M. (2018). Efficacy of an indicated intervention program for Indian adolescents with subclinical depression. *Asian J Psychiatr*, 33, 99-104. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29549819> doi:10.1016/j.ajp.2018.03.007
- Siu, A. M. H., & Shek, D. T. L. (2005). Relations Between Social Problem Solving and Indicators of Interpersonal and Family Well-Being Among Chinese Adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 71(1), 517-539. doi:10.1007/s11205-004-8034-y
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S454-S466. doi:10.1002/acr.20556
- Souza, Mariana F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. (2001). In: Cianciarullo, Tamara I. et al. (Org.). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone. p. 29-39.
- Stefanelli, M. C., Fukuda, I. M. K., & Arantes, E. (2008). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais* (M. Lda Ed.). São Paulo.
- Stein, R. E., Zitner, L. E., & Jensen, P. S. (2006). Interventions for adolescent depression in primary care. *Pediatrics*, 118(2), 669-682. doi:10.1542/peds.2005-2086
- Taylor, J. P., & Taylor, J. E. (2001). O Processo de Enfermagem de Urgência e Diagnóstico de Enfermagem. In Lusociência (Ed.), *Sheehy's, Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (pp. 9-16). Loures.
- Teodoro, W. (2010). *Depressão Corpo, Mente e Alma* (3ªed ed.). Uberlândia.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488279/pdf/nihms415614.pdf> doi:10.1016/s0140-6736(11)60871-4
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (Lusociência Ed.). Lisboa.
- Travelbee, J. (1982). *Intervención en enfermería psiquiátrica* (Carvajal Ed.). Cali, Colombia.

- Tsapakis, E., Soldani, F., Tondo, L., & Baldessarini, R. (2008). *Efficacy of antidepressants in juvenile depression: Meta-analysis* (Vol. 193).
- Uemura, L., Mariotti, M., & Palm, R. (2015). *ESTIGMA E TRANSTORNO MENTAL: PERSPECTIVA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL* (Vol. 26).
- Universidade de Évora (2016). Aviso nº 5622/2016 de 2 de maio: Diário da República, 2ª série, nº 84, 13881 – 13888. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/74313811/details/normal?q=aviso+5622%2F2016>
- Vaz, C., & Catita, P. (2001). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, 148, 12-22.
- Vianna, V., Silva, E. A. d., & Souza-Formigoni, M. L. (2007). Versão em português da Family Environment Scale: aplicação e validação. *Revista de Saúde Pública*, 41, 419-426.
- Vieira, G. B., Alvarez, A. M., & Gonçalves, L. T. I. (2009). A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8.
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem* (Lusociência Ed.). Loures.
- Weersing, V. R., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2008). Core Components of Therapy in Youth: Do We Know what to Disseminate? *Behavior Modification*, 33(1), 24-47. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0145445508322629> doi:10.1177/0145445508322629
- Wesselhoeft, R., Sorensen, M. J., Heiervang, E. R., & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *J Affect Disord*, 151(1), 7-22. doi:10.1016/j.jad.2013.06.010
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Atenção plena: como encontrar a paz em um mundo frenético* G. E. Ltda. (Ed.)
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wright, J., Baco, M., & Thase, M. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & M Caldas-de-Almeida, J. (2013). *Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures* (Vol. 7).
- Zuckerbrot, R. A., Cheung, A., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., & Laraque, D. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, e20174081. doi:10.1542/peds.2017-4081

APÊNDICES

APÊNDICE I – Inventário da Depressão de Beck

BDI-II

(Beck, 1971, versão portuguesa: Ponciano et al., 2004)

Identificação

Local da Entrevista:

vista:

Data:

Hora:

Instruções: Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, **apenas uma frase**, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nos últimos dias, semanas, incluindo hoje. Assinale junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações no mesmo grupo lhe parecerem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado para esse grupo. Verifique se **só respondeu a uma afirmação** em cada grupo, incluindo o **grupo 16** (Alterações do Padrão do Sono) ou **grupo 18** (Alterações do Apetite).

Afirmações

Afirmação 1: Tristeza

Resposta:

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo
- 2 Estou sempre triste
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

Afirmação 2: Pessimismo

Resposta:

- 0 Não estou desanimado quanto ao futuro
- 1 Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente
- 2 Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim
- 3 Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar

Afirmação 3: Fracasso

Resposta:

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Falhei mais do que devia
- 2 Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um fracasso

Afirmção 4: Perda de Prazer

- 0 Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei
- 1 Não tiro prazer das coisas como costumava tirar
- Resposta: 2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar
- 3 Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar
-

Afirmção 5: Sentimentos de Culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado
- 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito
- Resposta: 2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo
- 3 Sinto-me permanentemente culpado
-

Afirmção 6: Sentimentos de Punição

- 0 Não acho que esteja a ser punido
- 1 Acho que posso ser punido
- Resposta: 2 Estou à espera de ser punido
- 3 Acho que estou a ser punido
-

Afirmção 7: Auto Depreciação

- 0 Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo
- Resposta: 2 Estou dececionado comigo mesmo
- 3 Não gosto de mim
-

Afirmção 8: Auto- Crítica

- 0 Não me critico ou culpo mais do que o habitual
- 1 Sou mais crítico comigo do que costumava ser
- Resposta: 2 Critico-me por todas as minhas faltas
- 3 Culpo-me por tudo o que de mal me acontece
-

Afirmção 9: Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Resposta:
- 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
 - 2 Gostaria de me matar
 - 3 Matava-me se tivesse oportunidade
-

Afirmção 10: Choro

- Resposta:
- 0 Não choro mais do que o costume
 - 1 Choro mais do que costumava
 - 2 Choro por pequenas coisas
 - 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo
-

Afirmção 11: Agitação

- Resposta:
- 0 Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume
 - 1 Sinto-me mais inquieto do que o costume
 - 2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto
 - 3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa
-

Afirmção 12: Perda de Interesse

- Resposta:
- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou atividades
 - 1 Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar
 - 2 Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas
 - 3 É difícil interessar-me por qualquer outra coisa
-

Afirmção 13: Incapacidade de Decidir

- Resposta:
- 0 Tomo tão bem decisões como sempre
 - 1 Acho mais difícil tomar decisões do que o costume
-

- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter
 - 3 Tenho dificuldade em tomar decisão
-

Afirmação 14: Falta de valor pessoal

14:

- Resposta:
- 0 Sinto-me que não sou um inútil
 - 1 Não me considero tão valioso como antes
 - 2 Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas
 - 3 Sinto-me completamente inútil
-

Afirmação 15: Perda de energia

15:

- Resposta:
- 0 Tenho tanta energia como sempre tive
 - 1 Tenho menos energia do que costumava ter
 - 2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa
 - 3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for
-

Afirmação 16: Alterações do Padrão do Sono

16:

- Resposta:
- 0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono
 - 1a Durmo um pouco mais que o habitual
 - 1b Durmo um pouco menos que o habitual
 - 2a Durmo bastante menos que o habitual
 - 2b Durmo bastante mais que o habitual
 - 3a Durmo a maior parte do dia
 - 3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer
-

Afirmação 17: Irritabilidade

17:

- Resposta:
- 0 Não ando mais irritável do que o costume
 - 1 Ando mais irritável do que o costume
 - 2 Ando muito mais irritável do que o costume
 - 3 Ando permanentemente irritável
-

Afirmação 18: **Alterações do Apetite**

- 0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite
- 1a Tenho um pouco menos de apetite do que costume
- 1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume
- Resposta: 2a Tenho muito menos apetite do que antes
- 2b Tenho muito mais apetite do que antes
- 3a Não tenho apetite nenhum
- 3b Tenho um desejo constante de comer
-

Afirmação 19: **Dificuldade de Concentração**

- 0 Consigo concentrar-me tão bem como sempre
- 1 Não consigo concentrar-me tão bem como de costume
- Resposta: 2 É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo
- 3 Noto que não me consigo concentrar em nada
-

Afirmação 20: **Cansaço ou Fadiga**

- 0 Não estou mais cansado ou fatigado do que costume
- 1 Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume
- Resposta: 2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer
-

Afirmação 21: **Perda de interesse em Sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessada por sexo do que costumava
- Resposta: 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo
-

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

APÊNDICE II – Guião de Entrevista Inicial

Guião de Entrevista Inicial

Identificação

Local da Entrevista: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome do Entrevistado: _____ Nome do Entrevistado _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Crenças Religiosas: _____ Quais: _____

Agregado Familiar: _____

Pessoa de Referência: _____ Contato: _____

Residência: _____

História de Doença Atual

Pergunta 1: Qual o motivo deste internamento? Como tudo isto começou? _____

Notas: Introduza notas _____

Pergunta 2: Houve algum acontecimento particular a acontecer no momento em que ocorreu a situação que motivou o seu internamento? _____

Notas: Introduza notas _____

Pergunta 3: Quando foi a última vez que se sentiu bem consigo? _____

Notas: Introduza notas _____

Pergunta 4: Qual o impacto que a situação atual tem na sua vida? _____

Notas: Introduza notas _____

Anamnese
História Pessoal
<u>História pré-natal</u>

Pergunta 5: O seu nascimento foi planejado e desejado?

Notas: Introduza notas

Pergunta 6: Que pessoas significativas estiveram presentes durante a gravidez?

Notas: Introduza notas

Pergunta 7: Quais foram as reações dos pais em relação ao seu sexo?

Notas: Introduza notas

Pergunta 8: Como foi o seu nome escolhido?

Notas: Introduza notas

Pergunta 9: Como foi vivenciada a sua gravidez?

Notas: Introduza notas

Pergunta 10: Houve problemas com a gravidez e/ou durante o parto?

Notas: Introduza notas

Pergunta 11: A gestação foi de termo? O parto foi eutócico ou distócico?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Dos 0 aos 3 anos de idade

Pergunta 11: Qual o valor do Índice de Apgar? Qual o peso à nascença?

Notas: Introduza notas

Pergunta 12: Como foi aleitamento? Foi amamentado? Houve algum problema de alimentação, teve cólicas ou precisou de fórmulas especiais? Como era o padrão de sono? Houve alguma alteração relevante?

Notas: Introduza notas

Pergunta 13: Como era em criança? Como gostava de brincar? Qual a sua história preferida?

Notas: Introduza notas

Pergunta 14: Conte-me sobre a sua memória mais remota e sobre quaisquer sonhos ou fantasias recorrentes tenham ocorrido na infância.

Notas: Introduza notas

Pergunta 15: Quem vivia na sua casa durante a primeira infância? Como era a relação com os seus pais? E irmãos? Quem era o disciplinador e o mais amoroso?

Notas: Introduza notas

Pergunta 16: Lembra-se se houve problemas de ansiedade diante de estranhos ou ansiedade de separação?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Dos 3 aos 11 anos de idade

Pergunta 17: Como foi a sua experiência inicial na escola? Como correu a separação inicial do progenitor?

Notas: Introduza notas

Pergunta 18: Como eram os seus amigos nessa altura? E as relações com eles?

Notas: Introduza notas

Pergunta 19: Como foi o seu desempenho escolar? Houve alguma dificuldade ou apetência especial?

Notas: Introduza notas

Pergunta 20: Recorda-se se durante esta idade tinha alguma fobia, pesadelo ou atitude particular?

Notas: Introduza notas

Pergunta 21: Em casa, como era a relação com os seus familiares? Quem vivia consigo durante este período?

Notas: Introduza notas

Pergunta 22: Que papel desempenhava cada um dos seus familiares relativamente a si?

Notas: Introduza notas

Pergunta 23: De que modo vivenciou o aspeto relacionado com as punições durante esta fase?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Da pré-puberdade à adolescência

Pergunta 24: Como eram os seus amigos nessa altura? E as relações com eles?

Notas: Introduza notas

Pergunta 25: Quem eram os seus ídolos nessa altura? Com quem se identificava mais? De que forma isso influenciou a sua personalidade?

Notas: Introduza notas

Pergunta 26: Na escola, como foi o percurso académico? E a sua relação com os professores? Quais as suas atividades curriculares preferidas e as que não gostava tanto?

Notas: Introduza notas

Pergunta 27: Tinha algum passatempo preferido? Algum desporto?

Notas: Introduza notas

Pergunta 28: Como se via nessa altura? Como se sentia em relação a si e em relação ao seu grupo e família?

Notas: Introduza notas

Pergunta 29: Como era a sua relação com os seus pais / familiares nessa altura?

Notas: Introduza notas

Pergunta 30: Surgiu alguma situação menos agradável durante esta fase da sua vida?

Notas: Introduza notas

História Psicossexual

Pergunta 31: Como foram vivenciadas as alterações próprias da puberdade? Teve o acompanhamento de algum familiar?

Notas: Introduza notas

Pergunta 32: Como vivenciou o início dos relacionamentos com o sexo oposto?

Notas: Introduza notas

Pergunta 33: Como tem sido a sua experiência a nível sexual?

Notas: Introduza notas

Princípios religiosos, culturais e morais

Pergunta 34: Professa alguma religião? Qual? Como vivencia essa crença?

Notas: Introduza notas

Pergunta 35: E os seus pais/ familiares? Estiveram sempre de acordo com a sua educação religiosa? E ao nível dos valores morais e sociais?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Idade Adulta

História educacional e ocupacional

Pergunta 36: Como foi a sua experiência no ensino superior / primeiro emprego?

Notas: Introduza notas

Pergunta 37: Porque escolheu essa área? Quais os seus objetivos e exigências?

Notas: Introduza notas

Pergunta 38: Qual o seu emprego atual? Como se sente em relação a ele? E em relação aos seus colegas e superiores?

Notas: Introduza notas

Pergunta 39: Já teve outros empregos? Descreva-os e justifique os motivos de abandono.

Notas: Introduza notas

Relacionamentos Sociais

Pergunta 40: Como é a sua vida social e as suas amizades?

Notas: Introduza notas

Pergunta 41: Partilha com os seus amigos os mesmos interesses sociais, intelectuais e físicos?

Notas: Introduza notas

Pergunta 42: Existe facilidade e abertura para partilhar sentimentos e situações pessoais no seu círculo de amigos?

Notas: Introduza notas

Pergunta 43: Como se sente em relação aos relacionamentos de amizade? Sente que dá e recebe do mesmo modo? Como acha que os seus amigos o veem?

Notas: Introduza notas

Sexualidade Adulta

Pergunta 44: Apresenta ou apresentou algum desconforto a nível sexual? Como tem decorrido a sua atividade sexual até ao momento? Relativamente à menopausa, como se tem sentido?

Notas: Introduza notas

História Conjugal

Pergunta 45: Como é a sua vida conjugal atual? Descreva o relacionamento desde o namoro e inclua os papéis desempenhados, a relação com os filhos, áreas de acordo e desacordo, relações extra-conjugais, entre outros. Em caso de divórcio descrever os motivos e a relação atual com o ex-cônjuge e se houve problemas similares nos relacionamentos posteriores.

Notas: Introduza notas

Pergunta 46: Existiram relações anteriores ou posteriores marcantes? Descrever.

Notas: Introduza notas

Pergunta 47: Como se sente no seu papel de pai/mãe? Descreva a relação com os filhos / enteados.

Notas: Introduza notas

Situação Social Atual

Pergunta 48: Como é a sua habitação atual? Como são os vizinhos e a área circundante à sua casa?

Notas: Introduza notas

Pergunta 49: Como é a organização familiar?

Notas: Introduza notas

Pergunta 50: Relativamente às questões financeiras e fontes de rendimento como se encontra a sua situação? E com a sua doença atual?

Notas: Introduza notas

História Militar

Pergunta 51: Prestou serviço militar? Se sim, descreva como foi a sua adaptação a esta situação, a sua posição, se esteve em combate ou sofreu alguma lesão. Houve algum episódio importante? Porque foi dispensado?

Notas: Introduza notas

Pergunta 52: Houve necessidade de acompanhamento a nível psicológico ou psiquiátrico?

Notas: Introduza notas

História Familiar

Pergunta 53: Existe algum historial de doenças psiquiátricas na sua família?

Notas: Introduza notas

Pergunta 54: Descreva como são os seus familiares mais próximos, bem como o papel que desempenharam ao longo da sua vida.

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Antecedentes Pessoais

Pergunta 9: Que doenças / sintomas prévios a este internamento apresentava?

Notas: Introduza notas

Pergunta 9: Habitualmente realizava medicação?

Notas: Introduza notas

Pergunta 9: Apresenta algum tipo de alergia?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Exame Físico**ESTADO DE DEPENDÊNCIA**

Total	()	Parcial	()	Independente	()
-------	-----	---------	-----	--------------	-----

ESTADO GERAL

Bom	()	Normal	()	Mau	()
-----	-----	--------	-----	-----	-----

CABEÇA E PESCOÇO

Pele		Normal	()	Alterada	()
------	--	--------	-----	----------	-----

Couro Cabeludo

Íntegro	()	Hipotricose	()	Hipertricose	()
Alopécia	()	Lesão	()		

Olhos

Normal	()	Exoftalmia	()	Enoftalmia	()
Pupilas		Isocóricas	()	Anisocóricas	()
Mucosa		Normocorada	()	Hipocorada	()
		Hipercorada	()	Ictérica	()
Escleróticas		Branças	()	Ictéricas	()
		Prurido	()	Exsudado	()
Visão		Normal	()	Comprometida	()
		Dor	()	Diplopia	()

Nariz

Lesão	()	Rinorreia	()	Epistaxis	()
Obstrução	()	Dor	()		

Ouvido

Dor	()	Zumbido	()	Otorreia	()
Otorrágia	()				
Audição		Normal	()	Comprometida	()

Boca:

Integridade					
Mucocutânea	()				
Hidratada	()	Xerostomia	()	Gengiorragia	()
Normocorada	()	Hipocorada	()	Hipercorada	()
Perfusão tecidual labial		Normal	()	Comprometida	()
Aftas	()	Mucosite	()	Língua saburrosa	()
Prótese	()	Cáries	()		

Pescoço:

Desvio da traqueia	()	Turgescência	()	Tiroide aumentada	()
Disfagia	()	Dor	()		

TÓRAX

Pele		Normal	()	Alterada	()
------	--	--------	-----	----------	-----

Mamas:

Simétricas	()	Assimétricas	()	Edema	()
Eritema	()	Sinais inflamatórios	()		

Complexo mamilo / aréola:

Normal	() ()	Simétricas	() ()	Assimétricas	() ()
Invertido	() ()	Plano	() ()	Dor	() ()
Secreção		Espontânea	() ()	Compressões	() ()
Dor	() ()	Massa	() ()		

Legenda: Direito (D); Esquerdo (E)**RESPIRATÓRIO****Forma:**

Normal	()	Alterado	()	Concavo	()
Convexo	()	Abaulado	()	Depressões	()

Respiração:

Tipo	Costal superior	()	Toraco-abdominal	()
Ritmo	Cheyne-Stokes	()	Kussmaul	()
	Dispneico	()	Eupneico	()
Tiragem	Unilateral	()	Bilateral	()
Expansibilidade	Normal	()	Unilateral	()
	Bilateral	()		
Ruídos	Síbilos	()	Estertor	()
	Pleira	()		

Tosse	()	Expetoração	()
Hemoptises	()	Farfalheira	()

CARDÍACO:

Ritmo	Normocardico	()	Taquicardico	()
	Bradicardico	()	Arritmico	
	Rítmico	()	Frequência	()
Tensão Arterial	Hipotensão	()	Hipertensão	()
	Sistólica	()	Diastólica	()

ABDOMÉN:

Pele	Normal	()	Alterado	()
Tipo	Escavado	()	Globoso	()
	Ascítico	()		
Hérnia	()	Ruídos Hidroaéreos	()	
Umbilical				

Região Abdominal:

Hipocôndrio Direito	Hipocôndrio Esquerdo
Flanco Direito	Flanco Esquerdo
Fossa Ilíaca Direita	Fossa Ilíaca Esquerda
Epigastro	Hipogastro

Dor:

Localiza- ção				
Ocorrên- cia	Em re- posu	()	Compressão	()

Massa:

Localiza-
ção

SISTEMA GASTROINTESTINAL: Peso

Intestinal	Normal	()	Alterado	()
	Obstipação	()	Diarreia	()
	Retorragia	()	Melenas	()
	Hemorroidas	()	Dor	()
Gástrico	Náusea	()	Vômito	()
	Pirose	()	Soluços	()
	Hematemeses	()	Dor	()
	Anorexia	()	Hiperfagia	()

ÓRGÃOS GENITAIS:

Feminino	Dismenorreia	()	Amenorreia	()
	Metrorragia	()	Leucorreia	()
	Prurido Vulvar	()	Vaginismo	()
	Menopausa	()		
Masculino	Integridade	()	Varizes	()
	Testículos Ectópicos	()	Edema	()
	Ejaculação Precoce	()		
Eliminação	Clara	()	Piúria	()
	Colúria	()	Hematúria	()
	Polaquiúria	()	Disúria	()
	Incontinência	()		

MEMBROS SUPERIORES:

Pele	Normal	() ()	Alterado	() ()
Localiza- ção				

Edema	() ()	Dor	() ()	Pulso	() ()
Forma		Normal	() ()	Alterado	() ()
Movimento		Parcial	() ()	Total	() ()
Perfusão Tecidual		Normal	() ()	Comprometida	() ()

Legenda: Direito (D); Esquerdo (E)

MEMBROS INFERIORES:

Pele	Normal	() ()	Alterado	() ()	
Localiza- ção		() ()		() ()	
Edema	() ()	Dor	() ()	Pulso	() ()
Forma		Normal	() ()	Alterado	() ()
Movi- mento		Parcial	() ()	Total	() ()
Perfusão Tecidual		Normal	() ()	Comprome- tida	() ()
Sensibili- dade		Normal	() ()	Comprome- tida	() ()

Legenda: Direito (D); Esquerdo (E)

DISPOSITIVOS INVASIVOS:

CVP	()	CVC	()	SV	()
SNG	()	PEG	()	D. Torácica	()
Traqueostomia	()	Ileostomia	()	Jejunostomia	()
Colostomia	()	Outros	()		

Legenda de Avaliação da Pele:	
<u>Coloração:</u> Pálida, Rosada, Cianose, Ictérica.	<u>Lesões:</u> Mácula, Vesícula, Pápula, Nódulos, Fístula, Úlcera, Edema, Cicatriz, Quisto.
<u>Humidade:</u> Seca, Húmida.	<u>Manchas:</u> Varizes, Eritema, Petéquias, Equimoses, Hematomas.
<u>Textura:</u> Fina, Áspera, Enrugada.	
<u>Temperatura:</u> Quente, Fria.	

Temperatura: Quente, Fria.

Manchas: Varizes, Eritema, Petéquias, Equimoses, Hematomas.

[illegible][illegible]

Exame do Estado Mental

ASPETOS DO CLIENTE NA ENTREVISTA INICIAL

Aparência:

Atividade Psicomotora e Comportamento:

Atitude Frente ao Examinador:

Comunicação com o Examinador:

Sentimentos Despertados:

FUNÇÕES MENTAIS

Consciência

	Normal	()	Comprome- tida	()
Velocidade	Rápida	()	Lenta	()
Alterações	Obnubilação	()	Confusão	()
	Esturpor	()	Coma	()
	Hiperalerta	()		

Atenção

	Normal	()	Comprome- tida	()
Vigilância	Hipervígil	()	Hipovígil	()
Tenacidade	Mantida	()	Alterada	()
Concentração	Mantida	()	Alterada	()

Sensopercepção

Alucinações	Visuais	()	Hipnagógicas	()
	Hipnopômicas	()		
	Auditivas	()	Tácteis	()
	Vestibulares	()	Olfativas	()
	De presença	()	Somáticas	()
Outras				
Especificar				

Orientação:

Tempo	Normal	()	Comprometida	()
Espaço	Normal	()	Comprometida	()
Pessoa	Normal	()	Comprometida	()
Situação	Normal	()	Comprometida	()

Memória:

M. Imediata	Normal	()	Comprometida	()
M. Recente	Normal	()	Comprometida	()
M Remota	Normal	()	Comprometida	()

Inteligência:

Afetividade e Humor:

Medo	()	Tensão	()	Irritabilidade	()
Raiva	()	Ódio	()	Desprezo	()
Hostilidade	()	Labilidade	()	Indiferença	()
Inapropriado	()	Incongruente	()	Hipomaniaco	()
Maníaco	()	Exaltado	()	Eufórico	()
Êxtase	()	Deprimido	()	Tristeza	()
Desesperança	()	Baixa Autoestima	()	Sentimentos de Culpa	()
Perplexo	()	Embotado	()	Eutímico	()

Pensamento:

Produção	Lógico	()	Ilógico	()
	Mágico	()		()
Curso	Normal	()	Acelerado	()
	Lento	()	Fuga de ideias	()

Conteúdo	Perda de as- sociações	()	Tangencial	()
	Circunstancial	()	Bloqueio	()
	Perseverança	()	Associação por rimas	()
	Delírio	()	Grandeza	()
	Referência	()	Ruína / Des- valia	()
	Obsessão	()	Persecutórias	()
	Bizarro	()	Infidelidade	()
	Erotomania	()	Controle	()
	Nilista	()	Outro	()

Juízo Crítico

Juízo Crítico	Presente	()	Ausente	()
Insight	Presente	()	Ausente	()

Conduta:

Normal	()	Comprometido	()		
Lento	()	Anedonia	()	Inquieto	()
Agitado	()	Catatonía	()	Comporta- mento bizarro	()
Verbalizações impróprias	()	Negativismo	()	Sadismo	()
Masochismo	()	Tiques	()	Maneirismos	()
Risos Imotiva- dos	()	Vandalismo	()	Roubos	()
Drogas	()	Agressividade	()	Hostilidade	()
Compulsões	()	Impulsos	()	Rituais	()
Tentativa de Suicídio	()	Comportamen- tos de Risco	()	Compulsões	()
Somatizações	()	Aparência ex- cêntrica	()	Isolamento	()

Linguagem:

Quantidade	Normal	()	Comprometido	()
	Espontâneo	()	Não Espontâ- neo	()
Velocidade	Normal	()	Lento	()
	Rápido	()	Hesitante	()
	Monótono	()		
Qualidade	Normal	()	Bradilalia	()
	Taquilalia	()	Hiperfónico	()
	Hipofónico	()	Normofónico	()
	Afasia	()	Disartria	()
	Gaguez	()	Ecolalia	()
	Logorreia	()	Mutismo	()
	Vulgaridade	()	Coprolalia	()
	Neologismos	()	Associação por rimas	()

	Salada de pala- vras	()	Disgrafia	()
Olhar	Direto	()	Fuga	()
	Fixo	()		
Contacto físico	fácil	()	Hostil	()
	Difícil	()	Acessível	()
	Indiferente	()		
Comporta- mento	Calmo	()	Agressivo	()
	Introvertido	()	Extrovertido	()
	Bem-Humo- rado	()	Mal-Humorado	()
	Nervoso	()	Triste	()
	Alegre	()	Simpático	()
	Rude	()		
Expressão fa- cial	Hipomimia	()	Hipermimia	()
	Paramimia	()		

FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS

Sono:

	Normal	()	Comprome- tido	()
Insónia Inicial ()	I. Intermédia	()	I. Terminal	()
Hipersónia ()	Sonambu- lismo	()	Terror No- turno	()
Apneia do () Sono	Alt. Ciclo sono-vigília	()	Diminuição da necessi- dade de sono	()

Apetite:

	Normal	()	Comprome- tido	()
Aumento ()	Diminuição	()	Anorexia	()
Bulimia ()	Hiperfagia	()	Excesso de Peso	()

Sexualidade:

	Normal	()	Comprome- tido	()
--	--------	-----	-------------------	-----

Aumento de- ()
sejo

Diminuição ()
desejo

Incapacidade ()
de atingir or-
gasma

Parafilias ()

Ejaculação ()
precoce

Ejaculação re- ()
tardada

Vaginismo ()

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

APÊNDICE III – Entrevista Clínica Estruturada para os Episódios de Humor

Entrevista Clínica Estruturada (First, et al., 2014)

Identificação

Local da Entrevista:

Nome do Entrevistado:

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Nome do Entrevistado:

Nome do Entrevistado

Perguntas a colocar ao entrevistado

Pergunta 1: No último mês, houve algum período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido na maior parte do dia, quase todos os dias? (Alguém disse que parece triste, abatido ou deprimido?)

SE A RESPOSTA FOR **NÃO**: E quanto a sentir-se triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?

SE A RESPOSTA FOR **SIM** PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Como foi isso? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 2: SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO **“+”**:
Durante esse período, sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gostava? (Como foi isso?)

SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO **“-”**:
E houve algum período desde mês em que perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gostava? (Como foi isso?)

SE A RESPOSTA FOR **SIM** PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Isso aconteceu quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)

Notas: Introduza notas

SE TANTO **P1** QUANTO **P2** FOREM **“-”** PARA O MÊS ATUAL, continue com **P13** (Episódio Depressivo Maior Anterior)

PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NO PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS DO MÊS ANTERIOR: **Durante (PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...**

Pergunta 3: ...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? Isso aconteceu quase todos os dias? Perdeu ou ganhou peso?)

SE A RESPOSTA FOR **SIM**: Quanto? (Estava a tentar [perder/ganhar] peso?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 4: ...como tem dormido? (Problema para adormecer, acorda frequentemente, problema para permanecer a dormir, acorda cedo demais OU dorme em excesso?)

Quantas horas (incluindo sesta) tem dormido? Quantas horas costumava dormir antes de ficar deprimido? Isso aconteceu quase todas as noites?

Notas: Introduza notas

Pergunta 5: ...tem se sentido tão inquieto ou agitado que não consegue ficar sentado?

E quanto ao oposto: tem falado mais lentamente, ou movimentado mais lentamente do que o normal?

(Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? Isso aconteceu quase todos os dias?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 6: ...como tem estado o seu nível de energia? (Sente-se cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 7: ... tem tido sentimentos de inutilidade?

E tem-se sentido culpado em relação às coisas que fez ou deixou de fazer?

SE A RESPOSTA FOR **SIM**: Que tipos de coisas? (E isso é apenas porque não consegue tomar conta das coisas já que tem estado doente?)

SE A RESPOSTA FOR **SIM** PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quase todos os dias?

Notas: Introduza notas

Pergunta 8: ...tem tido problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas quotidianas?
(Isso tem interferido em que tipos de coisas? Quase todos os dias?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 9: ...as coisas têm estado tão más que pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Pensou em tirar a sua própria vida?

SE A RESPOSTA FOR **SIM**: Fez alguma coisa a respeito? (O que fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Chegou a tentar o suicídio?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 10: Que efeito os sintomas depressivos tiveram na sua vida?

FAZER AS SEGUITES PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:

Como os sintomas depressivos têm afetado seus relacionamentos ou interações com outras pessoas? (Os sintomas depressivos têm causado problemas nos seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)

Como os sintomas depressivos afetaram o seu trabalho/ os seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/ nos estudos? Os sintomas depressivos têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os sintomas depressivos têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)

Como os sintomas depressivos têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para si, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Tem evitado fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?

Os sintomas depressivos afetaram outra parte importante da sua vida?

SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS **NÃO** INTERFEREM NA VIDA:

O quanto se sente incomodado ou aborrecido por ter sintomas depressivos?

Notas: Introduza notas

Pergunta 11: Quando os episódios de depressão começaram?

Estava fisicamente doente imediatamente antes deste período de depressão ter começado?

SE A RESPOSTA FOR **SIM**: O que o médico disse? Estava medicado imediatamente antes de isso ter começado?

SE A RESPOSTA FOR **SIM**: Houve alguma mudança na quantidade do que estava a tomar? Consumia bebidas alcoólicas ou usava drogas antes disto começar?

Notas: Introduza notas

Pergunta 12: Em quantos períodos separados na sua vida esteve deprimido quase todos os dias por pelo menos 2 semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como sintomas depressivos?

Notas: Introduza notas

Pergunta 13: Já houve outro período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido na maior parte do dia, quase todos os dias? (Alguém disse que parece triste, abatido ou deprimido?)

SE A RESPOSTA FOR **NÃO**: E quanto a sentir-se triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?

SE A RESPOSTA FOR **SIM** PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA:
Como foi isso? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 14: SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “+”: Durante esse período, sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gostava? (Como foi isso?)

SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “-”: E houve algum período em que perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gostava? (Como foi isso?)

SE A RESPOSTA FOR **SIM** PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Isso aconteceu quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)

Notas: Introduza notas

Pergunta 15: Teve mais de um período como esse? (Que período foi o pior?)

SE NÃO ESTIVER CLARO: Teve períodos como esse de à um ano para cá?

Notas: Introduza notas

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

APÊNDICE IV – Manual do Enfermeiro para Adolescentes

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P)

Apresentação do Projeto

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente *Adolescent Coping with Depression Course* (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Este projeto foi desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C do Centro Hospital e Psiquiátrico de Lisboa.

O CRP-A/P, incorpora apenas as partes do CWD-A relativas à comunicação e à resolução de problemas e negociação. A escolha destes aspetos deve-se ao facto de se verificar que na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas, em particular na presença de patologia depressiva. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013).

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos

próprios intervenientes, desenvolvendo-se assim as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Para o presente projeto, foram considerados critérios de inclusão e exclusão para os participantes, de acordo com os pressupostos do CWD-A:

Critérios de Inclusão:

- Ter diagnóstico de depressão ou alterações de humor de acordo com o DSM-5;
- Ter entre 15 e 18 anos de idade (5ºano ao 12ºano);
- Competências de leitura superiores ao 5ºano.

Critérios de Exclusão:

- Diagnóstico de doença bipolar, distúrbio de pânico, distúrbio de conduta, esquizofrenia;
- Presença de doença com défices cognitivos;
- Risco extremo de suicídio, depressão grave.

Pelo exposto foram definidos como objetivos gerais para este projeto:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Considerou-se, como objetivos específicos, para este projeto:

- Explicar a psicopatologia da depressão, definindo a sua sintomatologia principal;
- Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
- Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;

- Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;
- Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
- Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

Protocolo do projeto e sessões

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

1. Aplicação de questionário sócio demográfico a adolescentes e pais / cuidadores;
2. Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
3. Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores;
4. Realização das sessões (descritas de seguida)
5. Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
6. Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores.

Conteúdos do Projeto para os Adolescentes

OBS: Antes de se dar início ao projeto todos os adolescentes serão avaliados individualmente através de uma entrevista inicial, bem como preencher um questionário sociodemográfico.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 1 1º dia	Sessão 0 Depressão e Competências Sociais	13. Definição da agenda	• Dinâmica para conhecer o grupo
		14. Introdução ao projeto	• Metodologia expositiva para introduzir o projeto, os objetivos, definir a agenda.
		15. Descrição do projeto	• Metodologia expositiva para definir as <i>guidelines</i> do projeto.
		16. Definição dos objetivos	• Metodologia expositiva para aprender a controlar a vida.
		17. Questionário do Humor	• Metodologia interativa com grupo sobre como ser uma pessoa amigável.
		18. <i>Guidelines</i> para o projeto	• Atividade de grupo utilizando as competências sobre ser amigável através de breve entrevista e apresentação do colega.
		19. Aprender a controlar a própria vida	• Atividade de grupo sobre feedback construtivo.
		Intervalo	• Metodologia expositiva sobre a personalidade de três partes e espirais emocionais, com interação com os adolescentes com base em exemplos.
		20. Fazer novas interações com outras pessoas	• Metodologia expositiva e demonstrativa sobre o diário do humor.
		21. Feedback construtivo	
Semana 1 2º dia	Sessão 1 Comunicação 1	22. Aprender a mudar a vida (Personalidade de Três partes e Espirais Emocionais)	• Atividades em grupo sobre comunicação (dificuldades comunicacionais e escuta ativa).
		23. Definição do trabalho para casa Avaliação da sessão / Feedback	• Metodologia expositiva e demonstrativa, com base em exemplos, sobre escuta ativa e julgar vs compreender.
		7. Definição da agenda	
		8. Princípios da comunicação	
		9. Escutar – Três tipos de resposta	
		Intervalo	

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 1 3º dia	Sessão 2 Comunicação 2	10. Julgar vs compreender respostas 11. Exercício de casa 12. Avaliação da sessão / Feedback	
		7. Definição da agenda 8. Verificação do exercício de casa 9. Expressar os sentimentos positivos Intervalo 10. Expressar sentimentos negativos 11. Definição do trabalho para casa 12. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva e demonstrativa com os adolescentes com base em exemplos. • Atividade em grupo sobre comunicação de sentimentos e escuta ativa.
Semana 2 1º dia	Sessão 3 Resolução de problemas e negociação 1	10. Definição da agenda 11. Verificação do exercício de casa 12. Uso de imagens assertivas 13. Justificação para a negociação e resolução de problemas Intervalo 14. Regras básicas para resolver conflitos 15. Definir o problema 16. Praticar resolução de problemas e escuta ativa 17. Definição do trabalho para casa 18. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva e atividade de grupo sobre imagem assertiva. • Metodologia expositiva para exemplificar conflitos interpessoais e regras básicas para resolver desentendimentos. • Metodologia expositiva e demonstrativa sobre as regras para a definição do problema. • Role-play sobre definição de um problema entre adolescentes e pais, utilizando a escuta ativa.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 2 2º dia	Sessão 4 Resolução de problemas e negociação 2	9. Definição da agenda 10. Verificação do exercício de casa 11. Brainstorming 12. Escolher uma solução Intervalo 13. Implementação e contrato 14. Praticar negociação e resolução de problemas 15. Definição do trabalho para casa 16. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva para a explicação de brainstorming. • Metodologia expositiva para a escolha de uma solução e atividade de grupo com proposta de soluções para um problema. • Atividade de grupo com propostas de solução para um problema, avaliação das soluções e se são boas ou más. • Metodologia expositiva para a implementação e contrato. • Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas através da constituição de “famílias”.
Semana 3º dia	Sessão 5 Resolução de problemas e negociação 3	6. Definição da agenda 7. Verificação do exercício de casa 8. Resolução de problemas guiada com os pais Inter- valo 9. Definição do trabalho para casa 10. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas em conjunto com os pais.
Semana 3 1º dia	Sessão 6 Prevenção Planeamento e Término	8. Definição da agenda 9. Revisão da sessão conjunta com os pais 10. Questionário do Humor 11. Manter os ganhos Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos adolescentes sobre da sessão conjunta com os pais. • Metodologia expositiva e interativa sobre os conteúdos do projeto. • Metodologia expositiva sobre como manter os ganhos adquiridos no projeto.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
		12. Reconhecimento e prevenção precoce da depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva sobre reconhecimento e prevenção da depressão.
		13. Resumo do projeto	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos adolescentes sobre o projeto.
		14. Finalização do projeto	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de certificados de participação.

Obs: Na primeira e última sessão pretende-se aplicar a escala (BDI-II) através do Inventário de Depressão de Beck-II para avaliação da Depressão.

Avaliação do Projeto

Para além da aplicação dos questionários previamente mencionados, será também aplicado um questionário de avaliação das sessões aos pais e adolescentes de modo a analisar a sua perceção face aos conteúdos, formador e globalidade do projeto (Anexo I).

SESSÃO 0
Depressão e Competências Sociais

Material necessário:

1. Manual do Adolescente
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Introdução ao Projeto
- B. Descrição do Projeto
- C. Questionário do Humor
- D. Guidelines das Sessões
- E. Apreender a Controlar a Própria Vida
- F. Fazer Novas Interações com Outras Pessoas
- G. Feedback construtivo
- H. Apreender a mudar a vida
- I. Definição do trabalho para casa
- J. Questionário
- K. Avaliação da Sessão

Enfermeiro: Apresentação do Enfermeiro de forma breve. Pedir aos Adolescentes para se apresentarem pelo nome. Posteriormente, na atividade de Competências Sociais serão apresentados mais aprofundadamente.

INTRODUÇÃO AO PROJETO

DESCRIÇÃO DO PROJETO:

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Pretende-se que este projeto seja desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que está a ser desenvolvido na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C.

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 4 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos próprios intervenientes. Pretende-se assim, desenvolver as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Objetivos Principais:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Preenchimento de um questionário sociodemográfico;
- Preenchimento do questionário de depressão de Beck (BDI-II);
- Preenchimento do questionário FES (Escala de Ambiente Familiar).

O preenchimento da FES e BDI-II será realizado agora e também no final do projeto.

OBJETIVOS DAS SESSÕES E FORMATO GERAL DO PROJETO

Enfermeiro: Agora, gostaria de fornecer algumas informações básicas do projeto e sobre as sessões.

Hoje vamos falar de alguns temas que também serão discutidos no desenvolvimento do projeto. Terão todas as oportunidades que quiserem para fazerem perguntas e expressar quaisquer preocupações que possam ter.

MANUAL DOS ADOLECENTES: Pedir para abrir o Manual.

Enfermeiro: Este manual é uma pasta de trabalho para os adolescentes que contém informação e exercícios para cada sessão. É semelhante ao livro de exercícios usado pelos pais. Iremos utilizar bastante este Manual, pelo que é importante que o tragam sempre convosco em cada sessão.

Como objetivo para estas sessões definimos: **Aprender e praticar competências de comunicação e negociação.**

A nossa abordagem para reduzir conflitos é ensinar habilidades de comunicação, negociação e resolução de problemas tanto aos pais como aos adolescentes. O uso destas habilidades tornará o ambiente doméstico menos stressante, mais solidário e mais feliz. Essas mudanças podem ainda ter como benefício adicional de ajudar-vos a manter os ganhos obtidos no curso, bem como diminuir o grau de depressão.

Enfermeiro: Existe um **FORMATO GERAL** que seguiremos durante cada sessão. No início de cada Sessão, eu descreverei a agenda da sessão. Depois, faremos uma revisão breve da última sessão e verificaremos o trabalho para casa (como os pais, terão também algumas coisas para fazer entre cada sessão). De seguida, iremos aprender e praticar diversas competências de comunicação e solução de problemas. No final da sessão, ficará definida uma pequena tarefa para concluir antes de nossa próxima sessão.

Alguma questão?

É importante que tentem participar em todas as sessões, dado que cada sessão se baseia nas sessões anteriores. Percebemos que nem sempre, nem todos poderão participar em todas as sessões por questões inerentes às suas vidas. No entanto, pedimos que limite o número de vezes em que não participam, não atinja mais do que uma ou duas vezes no máximo.

QUESTIONÁRIO DE HUMOR

Objetivos:

1. Preencher um Questionário de Humor.
2. Comparar a pontuação do “Início do Projeto” com a pontuação do “Fim do Projeto”.

Enfermeiro: Entregar aos adolescentes o Questionário de Humor.

A primeira coisa que vamos fazer hoje é preencher o Questionário de Humor. Eu serei o único a ler as vossas respostas, então, por favor, respondam honestamente.

Para avaliarem o questionário, somem todos os números que assinalaram. Se marcaram mais de um número para uma declaração, somem apenas o maior número. Vão perceber que os números de quatro das afirmações (# 4, # 8, # 12 e # 16) estão apresentados por ordem inversa. Isso foi feito de propósito e a vossa pontuação correta também deverá ser aquela que assinalaram. Adicionem aos outros números.

Explique de forma sumaria os resultados obtidos aos adolescentes - score total máximo do BDI-II é de 63. Através deste score total é possível aferir quatro grupos (pontos de corte) relativos à severidade de depressão em pessoas diagnosticados com depressão maior: **Score total entre 0 e 13:** Depressão mínima; **Score total entre 14 e 19:** Depressão ligeira; **Score total entre 20 e 28:** Depressão moderada; e **Score total entre 29 e 63:** Depressão severa.

Enfermeiro: Recolha os Questionários de Humor concluídos dos adolescentes. Verifique a pontuação e registe os totais durante o intervalo. Devolva os questionários aos

adolescentes após o intervalo.

GUIDELINES DAS SESSÕES

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para abrir o Manual na página 3 com as **GUIDELINES DAS SESSÕES**.

Enfermeiro: Aqui estão algumas regras que devem ser cumpridas ao longo deste projeto para que nos possamos ajudar uns aos outros:

1. **EVITAR CONVERSAS DEPRESSIVAS:** Utilizar este grupo para o suporte e não como um eco para a depressão. O melhor apoio vem de ajudarmo-nos uns aos outros, por isso vamos evitar as conversas depressivas e focarmo-nos em coisas positivas.
2. **PERMITIR QUE CADA PESSOA TENHA TEMPO IGUAL:** Para aproveitar ao máximo este projeto, cada um de deve ter a oportunidade de partilhar ideias, perguntar, e discutir as dificuldades que tem ao usar as técnicas que vão ser desenvolvidas.
3. **AS COISAS PESSOAIS QUE FALAMOS NO GRUPO NÃO SÃO PARA SER PARTILHADAS FORA DESTE GRUPO:** Qualquer informação discutida na entrevista de admissão permanecerá confidencial e não será partilhada com o grupo. Espera-se que todos honrem a regra da confidencialidade, não comentando com outras pessoas que não fazem parte do grupo situações pessoais das sessões em grupo. Pode sempre existir quem viole esta regra, mas se existir alguém que tenha algum problema sobre a confidencialidade por favor, esteja à vontade para vir falar comigo sobre isso.
4. **OFERECER SUPORTE:** Os comentários e feedback devem ser:
 - **CONSTRUTIVOS** (Evitar críticas; gozos e sarcasmo que não são permitidos);
 - **RECOMPENSADORES** (Concentrar-se mais nos aspetos positivos do que naquilo que os outros estão a dizer ou a fazer e desenvolver competências);

- **CARINHOSOS** (Mostrar aos outros membros do grupo que te importas com eles demonstrando ser atencioso e respeitador);
- **SEM PRESSÃO** (Não forçar os outros a fazer algo que eles não querem fazer).

Lembrem-se: todos nós temos algo para contribuir, então vamos tentar ajudarmo-nos uns aos outros.

APRENDER A CONTROLAR A PRÓPRIA VIDA

Quem ou o quê controla a tua vida?

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que ofereçam algumas respostas para essa pergunta. Escreva as sugestões no quadro. Se as respostas se concentrarem em fatores externos, escreva um grande **TU** no quadro. Se algumas das respostas indicarem que o **EU** está a controlar, destaque-as. Normalmente, os adolescentes concentram-se em fatores externos, em vez de afirmar que são eles próprios que controlam as suas vidas, na maioria das coisas.

Existem muitos fatores que controlam a vossa vida, mas o que queremos é que se foquem em vocês. Vocês conseguem controlar muitos dos aspetos da vossa vida, mesmo que não consigam fazê-lo agora. Podem aprender a controlar como se sentem e a melhorar o vosso humor. A maioria dos adolescentes que entram nesse projeto sentem que têm pouco ou nenhum controle sobre o seu humor. Neste projeto irão aprender **COMPETÊNCIAS** que vos ajudarão a superar sentimentos de depressão e sobretudo a gerir conflitos, e irão descobrir que com essas habilidades podem, de facto, controlar o vosso humor.

Enfermeiro: Ao longo destas sessões vamos aprender novas técnicas e desenvolver novas competências em diversas áreas.

O que é que é preciso fazer para aprender uma nova habilidade? Por exemplo, tocar guitarra é uma habilidade. O que têm que fazer para aprender a tocar guitarra?

PRATICAR! Praticar é uma parte importante deste projeto e à medida que ficarem a conhecer novas competências nas sessões será necessário que as pratiquem diariamente. Este será o vosso “**TRABALHO PARA CASA**”.

A primeira competência que vamos treinar é **CONHECER NOVAS PESSOAS**. Vamos começar por uma conversa, uma vez que iniciar uma conversa com alguém é uma maneira de demonstrar às pessoas que vocês gostam delas, e isso permite que elas mostrem o quanto gostam de vocês também. Gostar das pessoas e ser amado faz-nos sentir mais felizes. A regra para esta sessão é: **As pessoas gostam de ti, se tu gostares delas.**

FAZER NOVAS INTERAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS

Enfermeiro: De que forma mostramos às pessoas que somos amistosas?

Solicitar respostas aos adolescentes. Dar a oportunidade para que todos respondam e resumir as respostas.

Como ser uma **PESSOA AMISTOSA**:

1. Olhar para a pessoa enquanto se fala ou se ouve;
2. Sorrir pelo menos uma vez (se for mais melhor);
3. Dizer alguma coisa positiva à outra pessoa;
4. Falar um pouco de si próprio.

PPT: Apresentar em Power Point o seguinte quadro resumido.

COMO SER UMA PESSOA AMISTOSA	
	<ul style="list-style-type: none">• Fazer contato visual• Sorrir• Dizer coisas positivas• Falar sobre si próprio

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às perguntas **1, 2 e 3** na página 4 do Manual.

ATIVIDADE DE GRUPO PESSOA AMISTOSA

Enfermeiro: Vamos praticar estas competências enquanto nos vamos conhecendo melhor. Nesta atividade, cada um vai falar sobre si mesmo e ouvir alguém falar sobre si mesmo. Aqui estão algumas perguntas que podem utilizar para aprender mais sobre a outra pessoa:

- De onde são?
- O que gostam de fazer?
- O que fazem melhor?
- Quem são as pessoas mais importantes da vossa vida?
- Têm animais de estimação?

Formem pares ou grupos de três. O objetivo deste exercício é que os adolescentes aprendam mais uns sobre os outros e se apresentem ao resto da turma.

De seguida, quando tiverem trocado as informações entre colegas, e tiverem sido utilizadas as técnicas para serem pessoas amistosas, cada adolescente irá apresentar o seu colega ao resto do grupo.

Enfermeiro: O enfermeiro deve apresentar-se brevemente, abordando o maior número possível de perguntas da entrevista escritas no Power Point.

À medida que os adolescentes participam do exercício, certifique-se que os elogia e valoriza o seu esforço (especialmente os adolescentes mais tímidos e retraídos) por terem tentado usar as competências para serem pessoas amistosas e as perguntas da entrevista. No final, peça um **FEEDBACK CONSTRUTIVO** usando o procedimento descrito abaixo.

FEEDBACK CONSTRUTIVO

Enfermeiro:. Mantenham-se com o mesmo colega de equipe. Agora deverão ser solidários e dar um ao outro **FEEDBACK CONSTRUTIVO** sobre quão amistosos cada um de vocês foi.

Primeiro, olhem para a lista “**COMO SER UMA PESSOA AMISTOSA**” no Power Point e comentem as coisas que o vosso colega de equipe **FEZ BEM**. Então, refiram uma coisa da lista que o vosso colega de equipe poderia ter feito melhor para parecer mais amistoso. Mesmo que duas ou mais coisas precisem de ser melhoradas, refiram apenas **UMA COISA** que tenha feito maior diferença. Cada pessoa deve acabar com uma coisa que poderia ter sido feita melhor. Todos nós temos algo em que precisamos trabalhar. **Ninguém é perfeito.**

Enfermeiro: Exemplificar como fornecer **FEEDBACK CONSTRUTIVO**. Escolher um adolescente e descrever as habilidades amistosas que fizeram bem primeiro, depois referir uma habilidade que essa pessoa poderia fazer melhor.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos alunos que respondam às perguntas **4 e 5** da página 4 do Manual.

Respostas: A resposta à Pergunta 5 no Manual é o vosso **TRABALHO PARA CASA** para os próximos dias. O objetivo é ter conversas com pessoas que conhecem e praticar as competências para ser uma pessoa amistosa.

APRENDER A MUDAR A VIDA

Objetivos:

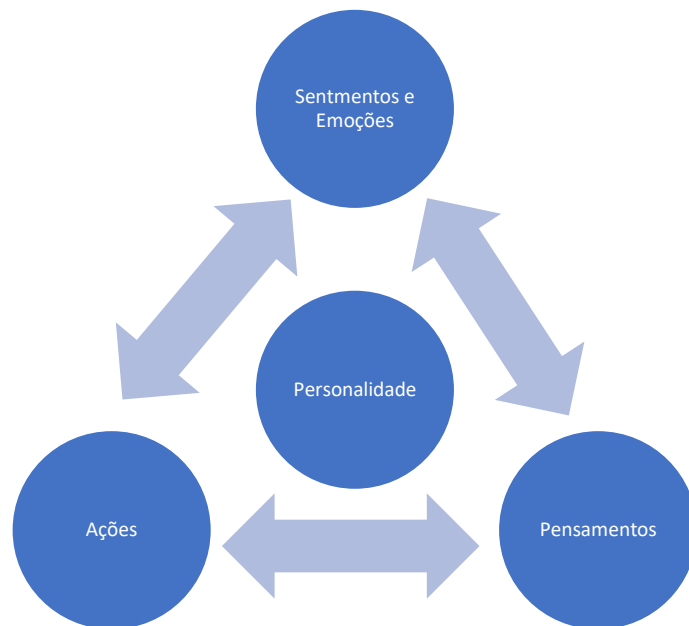
1. Demonstrar três aspetos da personalidade de uma pessoa que contribuem para a depressão;
2. Auxiliar o adolescente a identificar se um pensamento, sentimento ou ação contribuem para a depressão.

PERSONALIDADE: SISTEMA DE TRÊS PARTES

Enfermeiro:

A partir de agora vamos começar a falar um pouco sobre a depressão. De acordo com a nossa perspetiva cada um tem uma personalidade constituída por três partes distintas.

PPT: Apresentar em Power Point o diagrama seguinte.



Enfermeiro: A depressão pode começar em qualquer uma destas três áreas: sentimentos e emoções, ações e pensamentos. Consequentemente, cada área afeta as outras duas.

Qual destas partes é mais fácil de controlar?

Se os adolescentes responderem que é mais fácil controlar e mudar as emoções primeiro, responder da seguinte forma: “A maioria das pessoas procura modificar as emoções primeiro, ou seja, tentam sentir-se melhor primeiro. No entanto, esta é a parte mais difícil de alterar. É muito mais fácil aprender competências para modificar os pensamentos e as ações, e isso, por sua vez, irá modificar a forma como as pessoas se sentem”.

No nosso caso, ao longo destas sessões vamos focarmo-nos principalmente na modificação de ações, em particular ao nível da comunicação e da resolução de problemas.

- Ações e pensamentos **DEPRESSIVOS** têm resultados desagradáveis e insatisfatórios.
- Ações e pensamentos **POSITIVOS** fazem-nos sentir bem.

Quais dos seguintes pensamentos e ações são **DEPRESSIVOS** e quais são **POSITIVOS**?

1. Afastamento dos amigos.
2. Divertir-se com os amigos.
3. Dizer a ti próprio que és chato.
4. Lembrares-te de alguém que se preocupa com contigo.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes responderem às questões **6, 7, 8 e 9** das páginas 5 do Manual.

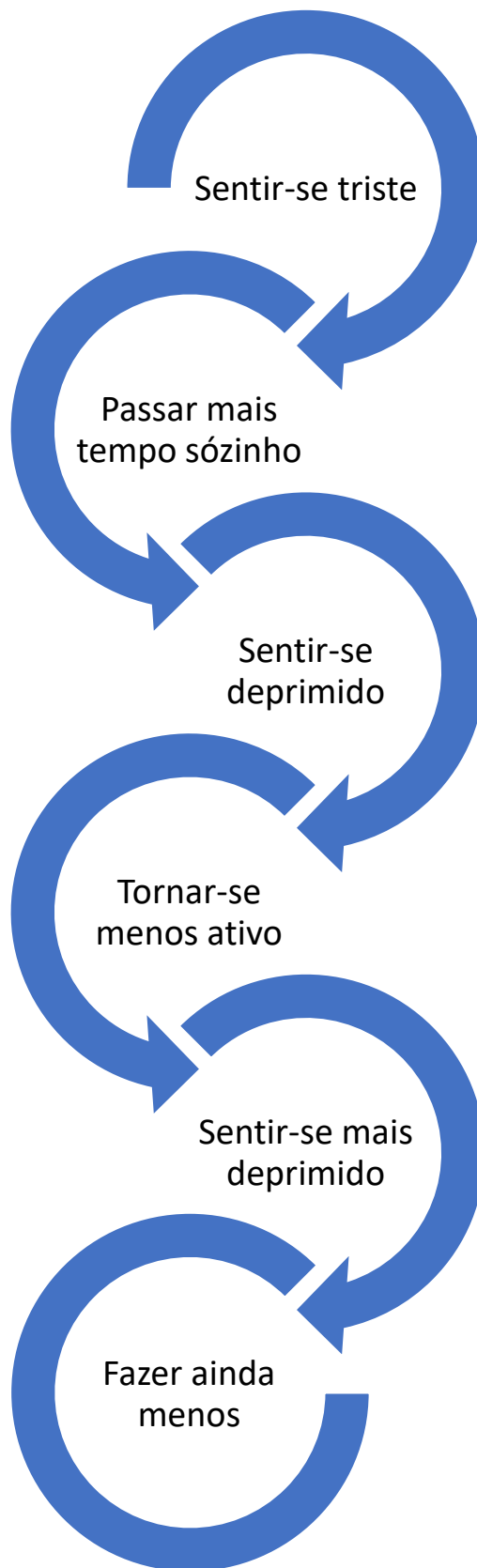
Enfermeiro: Enquanto os adolescentes trabalham nas perguntas, ande pela sala dando assistência. Quando 80% dos adolescentes terminarem, corrija as respostas. Esta é uma diretriz geral - não faça a maioria esperar por alguns. Dar assistência a alguém que precise de maior apoio, permita que eles preencham as respostas e façam correções à medida que passa pelas respostas.

ESPIRAIS EMOCIONAIS

Quando nos sentimos mal, estamos menos propensos a fazer coisas de que gostamos. Adicionalmente, surgem dúvidas sobre a nossa capacidade de sermos bem-sucedidos ao realizarmos certos tipos de ações (por exemplo, fazer novos amigos). Quando somos bem-sucedidos na realização de algo, sentimo-nos bem e ganhamos autoconfiança. Quando podemos fazer algo bem, sentimo-nos bem e somos encorajados a fazer mais coisas no futuro.

PPT: Apresentar no Power Point o seguinte diagrama das espirais emocionais.

Espiral Descendente



Espiral Ascendente



Enfermeiro: Podem pensar que estas **ESPIRAIS** se podem movimentar nas duas direções. Deste modo, a forma como se sentem afeta o modo como pensam e consequentemente como se comportam e assim por diante. Pensem no triângulo que discutimos anteriormente que representa as três partes da nossa personalidade. Tudo está interligado.

Estas são algumas das coisas que podem iniciar uma **ESPIRAL DESCENDENTE** para a depressão:

1. Participar de poucas atividades positivas ou divertidas.
2. Sentir-se deprimido.
3. Fazer menos.
4. Pensamentos negativos.
5. Sentir-se pior e depois fazer menos, etc.

Estas são algumas das coisas que podem iniciar uma **ESPIRAL ASCENDENTE**: Uma espiral positiva pode quebrar um ciclo negativo e reverter a depressão.

1. Ser bem-sucedido em alguma coisa.
2. Sentir-se confiante.
3. Fazer coisas mais divertidas.
4. Ter amigos.

Enfermeiro: Ler dois exemplos de modo a que os adolescentes identifiquem o tipo de espiral representada e o que mantém a espiral.

Enquanto ouvem esses exemplos, quero que pensem em duas coisas. Primeiro, que tipo de espiral está representado em cada exemplo? Em segundo lugar, o que mantém a espiral em funcionamento?

EXEMPLO 1

João, um estudante de 16 anos de idade, tinha tido mau resultado na escola durante os últimos meses. Ele começou a dizer a si mesmo que era um fracasso e que nunca seria bem-sucedido em nada. Nos últimos meses, começou a afastar-se dos seus amigos e a passar mais tempo sozinho no seu quarto, pensando que ninguém gostava dele ou que queria passar tempo com ele. Começou a sentir-se deprimido e cansado. Acabou por

descobrir que tinha dificuldade em se concentrar e as suas notas pioraram ainda mais. Ele começou a faltar às aulas vários dias por semana e passou os dias sozinho, infeliz e confuso.

EXEMPLO 2

Quando Marco entrou no grupo de trabalho, ele tinha a certeza de que as coisas nunca iriam correr bem para ele. No entanto, ele trabalhou com o grupo para desenvolver um plano para mudar os pensamentos negativos que estava a ter sobre si próprio e para substituir esses pensamentos por outros mais positivos. No passado, o Marco gostava de tocar guitarra com alguns amigos, mas quando ficou deprimido, parou de fazer isso. Com o incentivo do grupo, começou a tocar com os seus amigos novamente. Quando Marco se tornou mais ativo socialmente e passou menos tempo focado em pensamentos negativos sobre si próprio, descobriu que a sua depressão diminuía e o seu humor melhorava, embora não tivesse feito nada diretamente para tentar mudar o seu humor.

Podem dar-me um exemplo de uma espiral descendente? E um exemplo de uma espiral ascendente?

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para pensarem em coisas que causem uma espiral descendente. Na questão **10** do Manual (página 6) devem identificar alguns pensamentos ou ações pessoais específicas que os deixem ficar deprimidos. Dê um exemplo de um pensamento específico ao descrever uma espiral descendente própria.

Pedir aos adolescentes para pensarem em coisas que causem uma espiral ascendente. Na questão **11** do Manual (página 6) devem identificar alguns pensamentos ou ações pessoais específicas que os façam sentir bem. Dê um exemplo de um pensamento específico ao descrever uma espiral ascendente própria.

Neste projeto, vamos aprender algumas competências para mudar a **ESPIRAL DESCENDENTE PARA UMA ASCENDENTE**.

Vamos trabalhar em particular para mudar as **AÇÕES**:

1. Melhorando as habilidades sociais - já começamos a fazer isso ao trabalhar com competências sociais.
2. Desenvolvendo habilidades eficazes de comunicação e resolução de problemas – foco principal de atenção.
3. Procurando aumentar as atividades agradáveis - fazer coisas mais divertidas.

Infelizmente não vamos ter tempo para trabalhar as mudanças de **PENSAMENTOS**:

1. Ao parar pensamentos negativos.
2. Ao aumentar pensamentos positivos.

Nem para mudar os **SENTIMENTOS**:

1. Ao mudar os nossos pensamentos.
2. Ao mudar as nossas ações.
3. Ao aprender a habilidades de relaxamento.

Contudo, são áreas que podem ser sempre trabalhadas de forma individual.

TRABALHO PARA CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 7 do Manual.

Enfermeiro: Reparem que na página 7 do vosso Manual está descrito o vosso Trabalho para Casa para esta primeira Sessão. Até à próxima Sessão deverão fazer o seguinte:

1. Praticar as competências para serem **PESSOAS AMISTOSAS**. Estas encontram-se descritas na pergunta 5 da página 4 do vosso Manual.
2. **LEMBRAR-SE DE TRAZER TODAS AS SESSÕES O MANUAL DO ADOLESCENTE!!**

Enfermeiro: Têm alguma questão?

Primeiro dia de sucesso!

Vamos já iniciar no vosso trabalho de caso. Falem com alguém que conheceram hoje e utilizem as competências amistosas. Assim, vão já praticar!

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos aprender mais sobre competências de comunicação. Boas habilidades de comunicação são importantes para mudar situações que podem levar à depressão. A comunicação também ajuda a trabalhar quando não há mais nada que possamos fazer.

QUESTIONÁRIO

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para preencherem o questionário sobre depressão e competências sociais da página 8.

Depois de todos terminarem, ler as respostas em voz alta de modo a que todos possam corrigir o seu próprio questionário.

Questionário sobre a Sessão 0

DEPRESSÃO E COMPETÊNCIAS SOCIAIS

1. A tua personalidade é um sistema de três partes. Refere o nome das três partes.

(Ajuda: Lembra-te do triângulo)

- a) _____
- b) _____
- c) _____

2. Refere o nome de quatro coisas que pessoas amistasas fazem.

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

3. As pessoas podem controlar os seus sentimentos?

- a) Sim, com prática
- b) Não, de maneira nenhuma

4. Qual é a tua espiral de humor se fizeres as seguintes coisas? Marca “A” ou “D” para indicar para cima ou para baixo.

	Cima	Baixo
	(A)	(D)
Divertir-me com os amigos	A	D
Dizer que sou estúpido	A	D
Acreditar que ninguém gosta de mim	A	D
Dizer a alguém que gosto de alguma coisa nessa pessoa	A	D

5. É possível as pessoas mudarem ou controlarem os seus pensamentos?

- a) Sim
- b) Não

SESSÃO 1
Comunicação 1

Material necessário:

1. Manual do Adolescente
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Princípios da Comunicação
- D. Escutar – Três tipos de resposta
- E. Julgar VS Compreender
- F. Definição do trabalho para casa
- G. Questionário
- H. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

Boas competências comunicacionais promovem o desenvolvimento de boas relações.

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

Objetivos:

1. Discutir a comunicação com base na informação que é enviada e recebida.
2. Ilustrar a comunicação não verbal.
3. Introduzir o conceito de quebra de comunicação.

Enfermeiro: Para iniciarmos uma conversa habitualmente usamos certas competências de comunicação ou competências sociais. Destas podemos destacar as competências para entrar ou sair de uma conversa com uma pessoa ou grupo, dizer coisas positivas a outras pessoas e criticar de forma construtiva. Vimos estes aspetos de forma resumida na primeira sessão quando nos apresentámos ao grupo.

Agora o que pretendemos é desenvolver estas competências através da forma como comunicamos uns com os outros. Para esta sessão a regra é: **Boas competências comunicacionais promovem o desenvolvimento de boas relações.**

Definição de Comunicação: “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.” (Phaneuf, 2005, 23)

Princípios Gerais da Comunicação:

- A comunicação encontra-se em toda a parte (Encontra-se na nossa sociedade nos media, no olhar, nas expressões, nas roupas, na maneira de ser e até no silêncio);
- É impossível não comunicar (A linguagem do corpo fala por nós, mesmo quando não queremos falar transmitimos alguma coisa);
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo (No plano cognitivo transmitimos informações por meio de palavras, no plano afetivo transmitimos através do comportamento não verbal sentimentos e emoções que fazem subentender as palavras);
- A comunicação pode ser intencional ou acidental (Nas mensagens transmitidas as intencionais correspondem às necessidades do momento, enquanto que as acidentais são alimentadas pelas emoções, podendo ser contraditórias face aquilo que realmente as nossas palavras expressam);
- No caso de mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido (No caso de mensagens contraditórias a comunicação pode tornar-se falseada, uma vez que o inconsciente memoriza com maior facilidade as características como o tom de voz, a entoação ou o volume);
- A comunicação é dificilmente revertida (Uma má comunicação dificilmente é esquecida, causando má impressão no interlocutor);

- Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão tom à relação (O início de uma conversa permite o desenvolvimento de uma melhor relação interpessoal, ao passo que um mau começo dificilmente se consegue corrigir).

Enfermeiro: Considerando estes pressupostos retemos essencialmente dois pontos:

1. A comunicação envolve o envio e a receção de informações. Uma pessoa fala (o “remetente”) enquanto a outra pessoa ouve (o “recetor”). Durante uma conversa, as pessoas geralmente alternam entre as funções de remetente e destinatário enquanto se revezam conversando e ouvindo umas às outras.
2. As palavras geralmente fazem parte do processo de comunicação, mas existem outras maneiras de enviar informações que não envolvem palavras. Isto é chamado de **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**. Por exemplo, o tom de voz, expressões faciais, gestos e o modo como o corpo se apresenta também comunicam algo à outra pessoa.

PPT: Demonstração de alguns exemplos em Power Point Identificar as emoções comunicadas em cada imagem.

3. Enviar e receber informações é um processo delicado. Às vezes, a pessoa que está a ouvir pode receber uma mensagem que não é o que o remetente pretendia comunicar. Isto é o que chamamos de **QUEBRA DE COMUNICAÇÃO**.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 10 do Manual e responder às questões 1 e 2.

Respostas corretas: 1- b) e d); 2- b)

ESCUTAR – TRÊS TIPOS DE RESPOSTA

Objetivo:

1. Demonstrar de três formas como responder ao que outra pessoa está a dizer – resposta irrelevante, escuta parcial e escuta ativa.

Enfermeiro: Vamos dar início a uma parte importante da comunicação. Vamos olhar para três formas diferentes de responder a outra pessoa.

A primeira forma chama-se **RESPOSTA IRRELEVANTE**.

ATIVIDADE DE GRUPO RESPOSTA IRRELEVANTE

Agrupem-se em pares para formar uma equipe de discussão. Em seguida, escolham um assunto e conversem sobre isso. É obrigatório permanecer no mesmo assunto durante a discussão, mas o que respondem **NÃO DEVE SER RELACIONADO** com aquilo que o vosso colega está a falar. Ajam como se não estivessem a ouvir o que o vosso colega diz. **(Prazo: 2 minutos.)**

Enfermeiro: Pedir a um adolescente para fazer uma declaração e de seguida comentar sobre o mesmo assunto, mas deixando a sua resposta totalmente alheia ao que o adolescente disse.

1. Como se sentiram por fazerem uma declaração e ter o vosso colega a agir como se não vos tivesse ouvido?
2. Como se sentiram ao ignorar a declaração do vosso colega?

Seguidamente vamos apresentar outro tipo de resposta: Denomina-se **ESCUTA PARCIAL**

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA PARCIAL

Continuem a discussão. Ouçam desta vez o que o vosso colega está a dizer, mas apenas com o propósito de mudar o assunto para algo mais interessante para vocês. Por outras palavras, tomem pouca atenção à pessoa que está a falar e depois usem a informação para educadamente introduzir as vossas próprias ideias na conversa. Devem usar uma pequena parte do que a outra pessoa está a dizer, mas seguir a conversa numa direção diferente. **(Prazo: 2 minutos)**

Enfermeiro: Pedir a um adolescente para fazer uma declaração pessoal e de seguida responder de uma forma parecida ao que foi dito, mas relativamente a si próprio.

1. De que forma se sentiram por o vosso colega ter mudado de assunto imediatamente a seguir a vocês terem feito a vossa declaração?
2. De que forma se sentiram por terem mudado de assunto logo após o vosso colega ter feito a declaração?

Este pode ser um estilo confortável ou rotineiro de resposta para alguns adolescentes e como tal, alguns podem não ver nada de errado com isso.

ESCUTA ATIVA

Objetivos:

1. Definir o uso de habilidades de escuta ativa.
2. Praticar o uso de habilidades de escuta ativa.

Enfermeiro: Por último vamos experimentar o terceiro tipo de resposta chamado **ESCUTA ATIVA**. As três regras da escuta ativa estão na página 11 do Manual do Adolescente. Podem também vê-las aqui no quadro.

REGRAS DA ESCUTA ATIVA

1. Confirmar a mensagem.
2. Começar com “Tu sentes que...”
3. Não aprovar ou desaprovar.

Exemplificar:

1. Confirmar a mensagem do remetente com as tuas próprias palavras.
2. Começar as reformulações das frases como “Tu sentes que... “Parece que tu pensas que. . . ” ou “ Vamos ver se entendi o que tu estás a dizer...”
3. Não mostrar aprovação ou desaprovação face à mensagem do remetente.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Agora vamos praticar a **ESCUTA ATIVA**. Eu quero que leiam os três exemplos das páginas 11 e 12 do vosso Manual do Adolescente. Cada exemplo é uma mensagem que foi partilhada por uma pessoa diferente. Existem três respostas após cada mensagem. Escolham a resposta que provavelmente será usada por alguém que segue as regras para ouvir ativamente.

Respostas:**Exemplo 1: b)**

As respostas a) e c) expressam as opiniões do ouvinte, mas não reafirmam a mensagem do remetente. A resposta b) começa com “Tu estás preocupado...”, que descreve o sentimento do remetente.

Exemplo 2: a)

A resposta b) prevê como o remetente se sentirá na próxima semana, em vez de declarar como a pessoa se sente agora. Resposta c) é uma resposta irrelevante, embora seja sobre o remetente.

Exemplo 3: c)

As respostas a) e b) são respostas à pergunta do remetente que mudam o tópico do remetente para o ouvinte. As diretrizes para a escuta ativa exigem que se mantenha o foco na mensagem do remetente, como em c).

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA ATIVA

Formem duplas novamente. Desta vez, uma pessoa fará três declarações enquanto a outra pessoa usa habilidades de escuta ativa para responder. Esta não será uma discussão como as duas primeiras atividades da equipe, porque a escuta ativa significa que o remetente é a única pessoa que introduz qualquer nova informação. A pessoa que está a ouvir simplesmente fica concentrada no significado da mensagem do remetente.

Faremos isto do seguinte modo:

1. Um de vocês faz uma declaração sobre si próprio, sobre a outra pessoa, ou sobre o relacionamento entre vocês os dois. Tentem usar uma declaração que expresse um sentimento verdadeiro, real, algo que tenha significado para ambos.
2. O outro ouve ativamente e repete a mensagem do remetente através das suas próprias palavras. Ao confirmar a mensagem, deve começar com “Tu sentes que...” ou “Parece que pensas que...”

Enfermeiro: Pedir um voluntário e fazer um role-play sobre os dois passos da atividade. Peça ao adolescente para fazer uma declaração e responda de modo a confirmar a declaração inicial através da escuta ativa.

Decidam qual de vocês será o primeiro e sigam estes passos para cada uma das três declarações que cada um faz. De seguida, troquem os papéis para o colega fazer também um total de três declarações, enquanto a primeira pessoa confirma cada mensagem. O limite de tempo para esta atividade é de **5 minutos**. Há alguma pergunta?

Enfermeiro: Reforce o desempenho dos adolescentes e elogie-os pelos seus esforços. Não exija habilidades de parafrasear neste momento.

1. Como te sentiste ao fazer uma declaração e ao ter o teu colega a confirmar a mesma?
2. Como te sentiste ao repetir a declaração feita pelo teu colega com as tuas próprias palavras?

3. Quando eras tu que estavas a ouvir, tiveste dificuldade em entender a mensagem?
4. Quando eras tu que estavas a falar ou a enviar a mensagem, achaste que o recetor não recebeu a mensagem como pretendias?

Enfermeiro: Algumas das equipas provavelmente encontraram falhas de comunicação durante esta atividade. A única razão pela qual estavam cientes dessas interrupções é porque o recetor deu ao remetente feedback sobre o significado da mensagem. Este tipo de escuta permite que o remetente esclareça quaisquer equívocos.

Existem muitas falhas de comunicação que passam despercebidas nas conversas do dia-a-dia porque as pessoas geralmente não usam habilidades de escuta ativa. Às vezes, essas **QUEBRAS DE COMUNICAÇÃO LEVAM AO CONFLITO**. Isto é lamentável porque muitos desses conflitos poderiam ser evitados através do uso de habilidades de escuta ativa.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Ler a regra “**Tu só podes falar por ti próprio depois de teres confirmado a mensagem do remetente.**”

Quero que pensem sobre essa regra enquanto respondem às questões 4 e 5 da página 12 do Manual.

Respostas: As respostas corretas para a questão 4 são **b)**, **c)** e **e)**. As respostas corretas para a questão 5 são **a)**, **b)**, **c)** e **d)**.

JULGAR VS COMPREENDER RESPOSTAS

Objetivo:

1. Explicar a diferença entre as respostas que julgam e respostas que compreendem.

Enfermeiro: Aprendemos que uma maneira de evitar falhas de comunicação diz respeito ao facto de o ouvinte confirmar ao remetente pelas suas palavras a mensagem transmitida. Chamamos a isto **COMPREENDER A RESPOSTA**.

Esse tipo de resposta permite que a outra pessoa (remetente) saiba que foi ouvida (ouvinde) a mensagem e incentiva-o a dizer mais.

No entanto, habitualmente as pessoas respondem à mensagem do remetente com uma mensagem que **JULGA**. Neste caso, o recetor (ouvinte) informa ao remetente o que ele pensa da mensagem aprovando ou desaprovando, concordando ou discordando, da resposta, fazendo com que as pessoas falem menos sobre como se sentem.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Responder à questão 6, exemplo 1 e 2 da página 13 do Manual.

Respostas corretas: *Exemplo 1 a) C, b) J.; Exemplo 2 a) J, b) C.*

Enfermeiro: COMPREENDER UMA RESPOSTA permite ao remetente saber que a mensagem foi recebida com precisão e incentiva o remetente a expandir a mensagem. **JULGAR UMA RESPOSTA** tende a tornar o remetente defensivo e pode levar a argumentos.

No início de um relacionamento, é importante usar muita compreensão nas respostas. Mais tarde no relacionamento, podem ser introduzidas as respostas que julgam ocasionalmente.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Responder à questão 6, exemplo 3 e 4 página 14 do Manual.

Respostas corretas: *Exemplo 3 a), b); Exemplo c), e) e f).*

TRABALHO PARA CASA

Manual do Adolescente: Pedir para os adolescentes abrirem o Manual na página 15.

1. O objetivo desta sessão é praticar a escuta ativa. Pretende-se que tentem redefinir a mensagem enviada por alguém pelo menos uma vez por dia. Mantenham um registo do que aconteceu usando o formulário da Escuta Ativa na página 17 do Manual. (Lembrem-se das sugestões que demos anteriormente).

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para todos responderem ao questionário da página 16 do Manual do Adolescente.

Quando todos terminarem corrigir em voz alta o questionário.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos falar e aprender mais sobre comunicação. Especificamente, vamos aprender sobre como comunicar sentimentos positivos e negativos.

Questionário sobre a SESSÃO 1

COMUNICAÇÃO 1

1. Tu estás a falar com um amigo teu que encontras e dizes “Ontem estava a ver o Facebook e vi o trailer de um filme TOP onde destroem tudo por onde passam e têm lutas enormes!” O teu amigo responde de acordo com as seguintes frases. **(Para cada resposta, indica se é uma resposta irrelevante (IR), escuta parcial (EP) ou escuta ativa (EA)).**

- a) A sério? Eu vi na televisão um programa onde o Homem Aranha se junta a uma Super Galinha e abrem um restaurante de Sushi, que na verdade é um quartel general para combater o crime.
- b) Adivinha só quem eu vi ontem? O teu amigo Pedro! E ele perguntou por ti!
- c) Tenho estado a tentar convencer os meus pais a deixarem-me ir no fim de semana para a Zambujeira com o resto da malta. O que é que faço se eles não deixarem?
- d) Epa!! Parece que viste uma cena brutal no Facebook! Conta-me mais sobre o que viste. Quem é que ganhou?

2. Quais das seguintes afirmações fazem parte da escuta ativa? **Marca todos os que se aplicam.**

- a) Recomeçar a mensagem do remetente pelas tuas próprias palavras.
- b) Levantares-te e andares à volta da sala enquanto falas.
- c) Ter a iniciativa de escolher os tópicos da conversa
- d) Responder ao remetente com a frases como “Parece que sentes que...”
- e) Ouvir o que está a ser dito sem indicar aprovação ou desaprovação ao remetente da mensagem.
- f) Usar muita linguagem gestual enquanto falas.

SESSÃO 2
Comunicação 2

Material necessário:

1. Manual dos Adolescentes
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Expor sentimentos positivos
- D. Expor sentimentos negativos
- E. Definição do trabalho para casa
- F. Questionário
- G. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

A exposição de sentimentos ajuda as relações interpessoais a crescerem.

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Enfermeiro: Vamos verificar rapidamente o que abordamos na última sessão. Vou fazer algumas perguntas e agradeço que levantem a mão se souberem a resposta.

QUESTIONÁRIO ORAL

1. **O que é a escuta ativa?** (Resposta: Confirma o que alguém disse pelas suas próprias palavras para teres certeza que recebeu a mensagem correta.)
2. **Quais são as três regras da escuta ativa?** (Resposta: Confirmar a mensagem com as suas próprias palavras; começar a resposta com “tu sentes que...” ou “tu pensas que...”; e não demonstrar aprovação ou desaprovação face ao conteúdo da mensagem ou do remetente.)

3. Estas são respostas que julgam ou que compreendem?

- a) Vá lá! Tu consegues! (Resposta: Julgamento)
- b) Tu sentes-te cansado e queres desistir. (Resposta: Compreensão)

REVISÃO DO PROGRESSO DO ADOLESCENTES

- 1. Praticaram a escuta ativa?
- 2. Praticaram a confirmação da mensagem pelo menos uma vez por dia e tiraram notas de acordo com o formulário da Escuta Ativa do vosso Manual na página 17?
- 3. Como é que se sentiram?

EXPOR OS SENTIMENTOS POSITIVOS

Objetivos:

- 1. Compreender como fazer declarações pessoais úteis usando a abordagem de auto-revelação.
- 2. Ensinar os adolescentes a expressar frases de sentimentos positivos na forma de um evento de ativação e uma reação de sentimento pessoal.

Enfermeiro: Da última vez, discutimos a ideia de que a comunicação envolve o envio e a receção de informações. Também realizamos algumas atividades práticas para nos ajudar a desenvolver melhores habilidades de escuta.

Hoje, vamos trabalhar em algumas competências que nos vão ajudar a **FALAR SOBRE NÓS MESMOS** e no modo como nos sentimos. Essas competências são importantes por vários motivos. Uma das razões é que, **AO EXPORMOS OS NOSSOS SENTIMENTOS, PODEMOS MUITAS VEZES MUDAR OS EVENTOS DE ATIVAÇÃO (o que aconteceu).**

Expressar os sentimentos permite que as outras pessoas saibam como estão a reagir a elas, podendo desse modo alterar o seu comportamento. Esse feedback permite que outras pessoas aumentem os comportamentos que vos fazem sentir bem e diminuam os

comportamentos que vos causam sofrimento. Partilhar como se sentem também é uma boa forma de lidar com os vossos sentimentos.

AUTO-REVELAÇÃO

É importante utilizar uma determinada abordagem quando falam sobre si próprios e na forma como se sentem. Algumas abordagens são mais úteis do que outras. Uma abordagem que é particularmente útil é chamada de **AUTO – REVELAÇÃO**. Esta abordagem permite **DECLARAÇÕES PESSOAIS** que envolvem contar coisas importantes sobre si próprio e / ou partilhar os seus sentimentos com outra pessoa.

1. **O que é auto - revelação?** (Resposta: Partilhar os seus sentimentos com outra pessoa e / ou contar coisas importantes)
2. **Porque é que a auto – revelação importante?** (Resposta: Porque ajuda a construir boas relações com os outros. É uma ferramenta importante para desenvolver fortes amizades.)

Uma boa declaração de auto – revelação é composta por duas partes. Primeiramente necessita de descrever **COMO REAGE** (qual é o seu sentimento), depois deverá contar **O QUE ACONTECEU** (o evento ou motivo de ativação que provocou o seu sentimento).

Podem usar a abordagem de auto - revelação para descrever **SENTIMENTOS POSITIVOS** ou **NEGATIVOS**. Primeiro vamos nos concentrarmos em expressar sentimentos positivos.

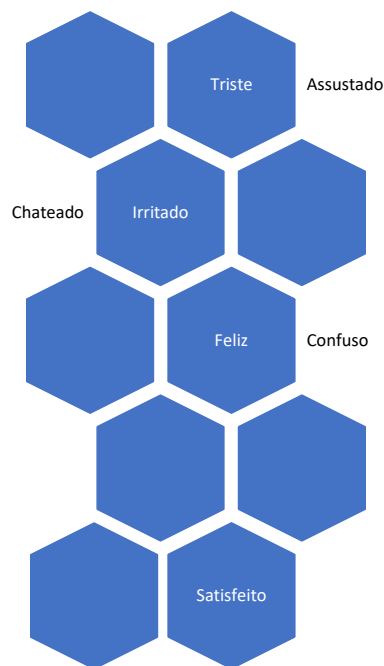
EXPRESSAR SENTIMENTOS POSITIVOS

Enfermeiro: Podem expressar um sentimento positivo ao dizer algo como "Tu fazes-me feliz". Não existe qualquer problema em dizer isso com sinceridade a alguém, mas é mais

eficaz se utilizarmos uma declaração pessoal como "Sinto-me feliz quando estou contigo". "

1. Como poderíamos reformular a seguinte frase "Tu entendes-me" para uma declaração pessoal? (Resposta possível: "Sinto-me compreendido quando estou contigo".)

Pode ser difícil descrever os nossos sentimentos. A maneira mais fácil de fazer isso é utilizando palavras que sugiram "sentimentos" como **triste, assustado, irritado, chateado, feliz, irritado, confuso e satisfeito.**



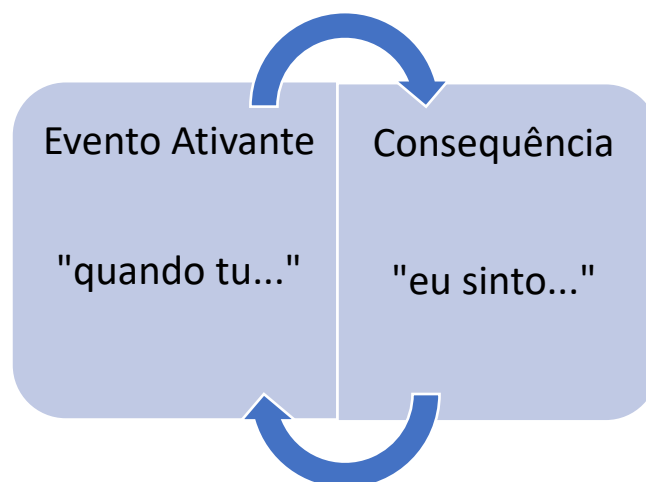
Que outras palavras poderíamos usar para descrever sentimentos? (Possíveis respostas: **apavorado, nervoso, quieto, malvado, amedrontado, carinhoso e deprimido.**) **LEMBRAR PALAVRAS POSITIVAS**



PPT: Apresentar todas respostas oferecidas pelos alunos no quadro e as restantes no PPT com o título “Sentir Palavras”. Essas palavras serão usadas mais tarde num exercício prático.

A expressão de um sentimento pessoal com frequência não faz sentido para outra pessoa até que descrevam a razão ou o evento de ativação. Por exemplo, “estou triste porque aconteceu (a situação X)”. A identificação do evento de ativação também explica à outra pessoa porque é que estão a sentir-se assim.

PPT: Apresentar o seguinte diagrama



Quando fazemos declarações sobre os nossos sentimentos, descrevemos a consequência (“eu sinto ...”) e então identificamos o evento de ativação (“quando tu ...”).

Vamos demonstrar com um exemplo. É melhor dizer a alguém “sinto-me feliz quando sorrio” do que simplesmente dizer “Tu és fantástico” ou “Tu fazes-me sentir feliz”. A primeira afirmação é melhor porque diz à outra pessoa como ele faz o outro sentir-se e identifica o que ele fez para se sentir assim.

Manual do Adolescente: Pedir para os adolescentes abrirem o Manual na página 19 e realizarem a pergunta 1. A pergunta pede que escrevam algumas declarações que representem um sentimento pessoal que poderiam utilizar em vez de simplesmente dizer "Tu fazes-me feliz". Utilizem as palavras referentes aos sentimentos que escrevemos no quadro e utilizem o método que vimos anteriormente. Comecem com uma declaração que expresse o sentimento e identifiquem o evento de ativação.

Quando terminarem respondam à pergunta 2 na mesma página do Manual (página 19).

Quando os adolescentes terminarem revejam em conjunto as respostas.

- a) **“Quando estou perto ti, sinto-me confortável e posso ser eu mesmo.”** (Resposta: Esta é uma boa declaração pessoal. É uma descrição clara de como a pessoa se sente quando está com o outro.)
- b) **“Todos nós sentimos que tu és realmente bom.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal de sentimentos. O orador não fala por si mesmo, mas esconde-se por atrás da frase “NÓS sentimos”. "Tu és realmente bom" é um julgamento de valor e não descreve um sentimento pessoal.
- c) **“Todas as pessoas gostam de ti.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal. Contém a palavra de sentimento "gostar", mas a pessoa não declara o seu sentimento pessoal. Uma declaração pessoal deve incluir "eu", ou "meu". Parece mais carinhoso para uma pessoa dizer "eu gosto de ti" ou "todas as pessoas gostam de ti"?)

- d) **“Sinto-me confortável no meu grupo.”** (Resposta: Esta declaração de sentimento pessoal é um pouco vaga. A pessoa começa com a frase “Sinto-me confortável”, que é a consequência. O evento de ativação está implícito, mas não está claramente especificado O que significa "no meu grupo"? A pessoa está a sugerir que existe alguma coisa relativamente ao facto de pertencer ao grupo que o faz sentir-se confortável. Podemos supor que o sentimento positivo da pessoa vem da aceitação, consideração positiva, apoio, e cuidado que é fornecido pelos membros do grupo.)
- e) **“Alguém do meu grupo parece estar sempre por perto quando eu quero companhia.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração de sentimento pessoal. A pessoa faz uma afirmação positiva, mas não identifica um sentimento.)
- f) **“Eu sinto que todos se importam em fazer parte deste grupo.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal de sentimentos. A pessoa está a dizer “eu acredito” em vez de “eu sinto”). O que a pessoa acredita é que as outras pessoas sentem em relação a ele, no entanto não comunica um sentimento pessoal. A declaração inteira realmente diz respeito a um evento ativador, que é fazer parte de um grupo. A declaração pode ser modificada de modo a torná-la um bom sentimento pessoal. Por exemplo, "Sinto-me aceite e confortável no meu grupo porque todos parecem estar importados pelo facto de eu estar incluído nele."

Enfermeiro: A regra para essa sessão é que a auto - revelação ajuda os relacionamentos a crescerem. Essa regra enfatiza a importância da auto-revelação, mas **QUAL É A MELHOR MANEIRA DE FAZER ISSO?** Felizmente, existem alguns resultados de pesquisa que fornecem respostas a essa pergunta. Nós vamos aprender como fazer a auto-revelação de uma determinada forma.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes irem para a página 19 do Manual e responderem ao seguinte grupo de afirmações verificando se são Verdadeiras (**V**) ou Falsas (**F**), de acordo com aquilo que é considerado útil na auto – revelação. Em seguida, dê a resposta correta e forneça uma explicação. Existem perguntas difíceis e é fácil responder incorretamente, por isso, não permita que os alunos respondam às mesmas

individualmente. Incentive alguma discussão, mas limite o tempo permitido para isso. Analise as perguntas **UMA DE CADA VEZ** e peça aos alunos que escrevam as respostas corretas em no **MANUAL DO ADOLESCENTE** à medida que prosseguem.

AFIRMAÇÕES “O QUE É ÚTIL PARA A AUTO – REVELAÇÃO?”

- 1. Auto-revelação significa dizer honestamente como uma pessoa se sente acerca de algo que está a acontecer.** (Resposta: Isto é **verdade**. A auto-revelação significa partilhar com outra pessoa os próprios sentimentos acerca de alguma coisa que essa pessoa tenha feito ou dito sobre uma situação que acabou de acontecer e na qual ambos têm um interesse comum.)

- 2. A auto-revelação significa contar todos os detalhes íntimos da própria vida.** (Resposta: Isto é **falso**. A auto-revelação não inclui necessariamente detalhes íntimos reveladores da vossa vida. Fazer confissões altamente pessoais pode levar a um sentimento temporário de proximidade, mas um relacionamento a longo prazo é construído através da revelação das reações / sentimentos ao que a outra pessoa diz e faz sobre os eventos que ambos experimentaram.)

- 3. Esconder suas reações ao comportamento de outra pessoa é uma boa maneira de melhorar seu relacionamento com essa pessoa.** (Resposta: Isto é **falso**. Se esconderem como estão a reagir à outra pessoa, o vosso relacionamento não cresce ou melhora. Podem tentar esconder as vossas reações porque se sentem envergonhados ou culpados, ou porque querem evitar um conflito, ou até porque têm medo de ser rejeitados, mas se encobrirem os vossos sentimentos, isso pode fazer com que pareçam superficiais e pouco sinceros, o que pode levar ao isolamento social.)

Enfermeiro: Se os adolescentes responderem a esta afirmação de forma verdadeira, peça para explicarem porquê.

- 4. A auto-revelação envolve riscos.** (Resposta: Isto é **verdade**. Há uma certa quantidade de risco envolvido em dizer a alguém como uma pessoa se sente

relativamente aquilo que outra pessoa está a fazer e a dizer, mas os benefícios em termos de construção de um relacionamento de longo prazo valem a pena.)

5. **Quando o comportamento de uma pessoa realmente vos incomoda, devem rejeitá-la.** (Resposta: Isto é **falso**. Devem descrever a vossa reação ao comportamento dessa pessoa).
6. **O Carlos encontra a Raquel numa festa. A Raquel imediatamente começa a contar ao Carlos sobre a sua relação com o pai.** Este é um exemplo de auto-revelação apropriada. (Resposta: Isto é **falso**. O que a Raquel está a falar não tem nada a ver com o Carlos. Ver a afirmação 2.)
7. **A Sandra e o Bruno estão a assistir a um pôr do sol. O Bruno descreve um incidente de infância que ainda afeta a maneira como ele reage ao ver o pôr do sol.** Este é um exemplo de auto-revelação. (Resposta: Isto é **verdade**. Porquê? Porque a experiência passada do Bruno está a ter impacto na maneira como ele está a reagir a uma experiência onde ele e a Sandra estão juntos.)
8. **Uma pessoa deve ser auto-reveladora em todos os momentos, em todos os relacionamentos.** (Resposta: Isto é **falso**. As suas decisões sobre a auto-revelação devem basear-se na situação em que se encontra e na natureza de seu relacionamento com a outra pessoa. Uma pessoa que revela muito sobre si mesma pode afastar os outros. Ser muito auto-revelador pode criar tantos problemas quanto revelar pouco. Leva tempo para construir um bom relacionamento, e o nível de auto-revelação deve ser aumentado gradualmente à medida que o relacionamento cresce.)
9. **A auto-revelação deve ser um processo duplo - ambas as pessoas num relacionamento devem participar do processo.** (Resposta: Isto é **verdade**. Uma pessoa pode tomar a iniciativa e encorajar o processo, mas ambas as partes devem revelar-se para que o relacionamento cresça. Quanto mais uma pessoa se revela, mais ela estimula a outra pessoa a ser reveladora para consigo. Se não responder de maneira semelhante à auto-revelação de outra pessoa, é provável que a outra pessoa pare de se revelar, e o relacionamento parará de crescer.)

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às questões **10** e **11** da página 20 do Manual do Adolescente. Rever as respostas depois de todos terminarem.

10. O que é auto-revelação? (Resposta: Partilhar os seus sentimentos com outra pessoa e / ou contar coisas importantes sobre si próprio.

11. Qual é a melhor maneira de usar declarações de auto-revelação? (Resposta: Fazer **DECLARAÇÕES PESSOAIS** sobre os seus sentimentos ou reações ao comportamento da outra pessoa ou alguma experiência compartilhada. Ambas as partes devem **GRADUALMENTE** utilizá-las à medida que o relacionamento cresce.)

EXPOR OS SENTIMENTOS NEGATIVOS

Objetivos:

1. Explicar como expressar sentimentos negativos nomeando o evento de ativação e a reação do sentimento.
2. Revisar as diretrizes para fazer declarações úteis de auto-revelação sobre sentimentos negativos.
3. Demonstrar como resolver situações problemáticas e sentimentos negativos.

ALTERAR OS EVENTOS DE ATIVAÇÃO NEGATIVOS

Enfermeiro: As pessoas com alguma frequência fazem coisas que nos incomodam. Se dissermos às outras pessoas sobre nossos sentimentos negativos de maneira correta, eles geralmente estão dispostos a tentar mudar a situação. A melhor maneira de fazer isso é a utilizar uma abordagem muito semelhante à que discutimos anteriormente para expor os nossos sentimentos positivos.

Vamos aprender como expor os nossos sentimentos negativos para **MELHORAR A SITUAÇÃO**. É útil expressar os nossos sentimentos negativos às pessoas sobre as quais nos importamos. Se não se importam com a outra pessoa, ou se não têm vontade de melhorar o relacionamento que têm com ela, então devem **EVITAR A SITUAÇÃO**. A regra básica é "se não querem melhorar uma situação, então devem evitá-la." Expressar sentimentos negativos para fazer alguém sentir-se mal ou ficar com ele não é o tipo de comportamento que vamos praticar aqui.

Já aprendemos a usar declarações de auto-revelação para comunicar os nossos sentimentos positivos. Contudo, as declarações de auto-revelação também podem ser usadas para expressar os nossos sentimentos negativos e as queixas que temos sobre o que outras pessoas estão a fazer. É muito mais difícil afirmar sentimentos negativos, mas essa é uma habilidade importante para construir relacionamentos saudáveis.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 20 do Manual.

Rever com o grupo as declarações negativas na **Parte A** e fornecer uma justificação para a resposta correta. Depois pedir aos adolescentes que respondam às cinco perguntas da **Parte B** individualmente. Resumidamente, rever as respostas corretas quando quase todos tiverem terminado.

A segunda declaração do quinto grupo de afirmações expressa sentimentos que provavelmente estão acumulados há muito tempo. É muito importante expressarem os vossos sentimentos o mais cedo possível. Uma boa regra a ser lembrada é "**ESTAR AQUI AGORA!**" Se tivesse sido dito anteriormente, a mensagem na pergunta 5 poderia ter sido algo como "Sinto-me insultado quando me dizes que sou gordo demais na frente de outras pessoas."

Enfermeiro: É importante **SER ESPECÍFICO** quando descrevem um sentimento negativo e o comportamento da outra pessoa foi o evento ou a causa da ativação. Caso contrário, o ouvinte pode não entender o que fez e o que quanto o incomodou. Por exemplo, a declaração "Estou com raiva de ti" informa muito pouco o ouvinte sobre o evento de

ativação; seria muito melhor dizer algo como "Estou com raiva porque tu não me ligaste ontem à noite como disseste que farias."

A melhor abordagem é **DESCREVER O QUE ACONTECEU SEM FAZER UM JULGAMENTO**. Se os julgamentos fizerem parte da mensagem, a outra pessoa torna-se defensiva e deixará de ouvir atentamente o que está a ser dito. Lembrem-se, o que realmente querem é que a outra pessoa ouça exatamente o que têm a dizer.

BOM EXEMPLO. "Eu emprestei-te cinco euros há duas semanas atrás, e tu ainda não me pagaste."

MAU EXEMPLO. "Tu és um ladrão e um mentiroso! Tu nunca tiveste a intenção de pagar os cinco euros emprestados!"

Se não expressarem os vossos sentimentos negativos com palavras, a mensagem é frequentemente comunicada de forma não verbal através da linguagem corporal. É importante **DESCREVEREM OS SENTIMENTOS NEGATIVOS DE FORMA ABERTA ATRAVÉS DAS PALAVRAS**, especialmente se estiverem a comunicar sentimentos negativos. A linguagem corporal permite que a outra pessoa saiba que estão chateados, mas não descreve o evento de ativação.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 23 do Manual. Peça aos alunos que respondam ao primeiro item da **Parte C**, discutam a resposta correta e forneçam feedback. Repitam o procedimento com cada uma das afirmações restantes.

Afirmações

- a) "Cala a boca! Não digas outra palavra. (Resposta: Comandos como estes indicam uma forte emoção, mas eles não descrevem o sentimento que os motivou.)

- b) "O que acabaste de dizer realmente incomoda-me." (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente aborrecido e por quê.)
- a) "Qual o problema contigo? Não consegues ver que estou a tentar trabalhar?" (Resposta: Há fortes sentimentos por trás dessas questões, mas os sentimentos não são nomeados.)
- b) "Eu realmente sinto-me mal por me interromperes tantas vezes." (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente mal e porquê.)
- c) "Não te importas com os sentimentos das outras pessoas. És completamente ego-cêntrico." (Resposta: Esta é uma acusação que expressa fortes sentimentos negativos. Como os sentimentos não são nomeados, no entanto, não sabemos se as acusações refletem mais desinteresse, decepção ou algum outro sentimento.)
- a) "Eu sinto-me deprimido com algumas coisas que aconteceram hoje". (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente deprimido e porquê; algumas informações adicionais sobre o que aconteceu para fazer a pessoa se sentir assim teria sido útil.)
- b) "Que dia terrível!" (Resposta: A declaração parece descrever como o dia tem sido. De fato, expressa os sentimentos negativos da pessoa, mas não indica se se sente deprimido, irritado, solitário, humilhado, rejeitado, etc. Além disso, o evento de ativação não é especificado.)
- a) "Eu tenho medo de parecer burro se falar no grupo." (Resposta: S – A pessoa indiretamente afirma que se sente inadequado, mas não consegue nomear o evento de ativação.)
- b) "Eu vou parecer burro se falar no grupo." (Resposta: **Tenha cuidado!** Isto é muito semelhante à declaração anterior. Nesta declaração, no entanto, a pessoa indica que ela é realmente inadequada, e não que apenas se sente assim. Esta declaração reflete um julgamento que a pessoa fez sobre si mesma.)

FAZER DECLARAÇÕES DE RELACIONAMENTO

Enfermeiro: Quando se está a ter problemas numa amizade, as declarações de relacionamento podem ser usadas para melhorar a situação. Declarações de relacionamento

positivas e negativas ajudam a esclarecer a posição de cada pessoa e a encorajar a expressão de sentimentos e ideias, podendo levar a uma amizade mais profunda e satisfatória.

As declarações de relacionamento têm um eu (ou meu) e um tu (ou nós) nelas.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às perguntas **1** e **2** da **Parte D** da página 22 do Manual. Sumariamente reveja as respostas e corrija as mesmas quando quase todos tiverem terminado.

Respostas: Pergunta **2:** a), c), f), h).

Pedir aos adolescentes para irem para a página 22 do Manual. Leiam a primeira declaração da **Parte E**. Consideram que é verdadeira (**V**) ou falsa (**F**)?

Enfermeiro: Solicite comentários e dê a todos a oportunidade de participar. Em seguida, forneça a resposta correta e uma justificativa. Repita este processo para cada uma das três declarações na **Parte E**. A seguir, um resumo das respostas corretas e pontos a serem considerados durante a discussão.

1. **O propósito da auto-revelação é tentar fazer a outra pessoa melhorar o seu comportamento.** (Resposta: Isto é **falso**. A auto-revelação envolve dar informações sobre si mesmo, não dar conselhos. Se disserem a alguém como se sentem, a outra pessoa pode escolher mudar o comportamento dela ou ambos podem decidir fazer algumas mudanças sobre os próprios comportamentos.)
2. **É melhor esperar até que várias situações perturbadoras se acumulem antes de discuti-las.** (Resposta: Isto é **falso**. Se deixarem que situações perturbadoras se acumulem, fica cada vez mais difícil lidar com elas. Devem expressar as vossas reações a algo que vos incomoda o mais rápido possível, para que não haja dúvidas sobre o evento de ativação e como ele vos faz sentir. Por exemplo, a outra pessoa saberia exatamente que estão chateados se fizerem a seguinte declaração: "O que acabaste de dizer é o tipo de observação que me faz sentir afastado." Se

esperarem até muito mais tarde e para fazerem a declaração, a outra pessoa não irá entender qual foi o evento de ativação: "Tu sempre me fizeste sentir afastado." (Lembrem-se da regra: **ESTEJAM AQUI AGORA.**)

3. **A maneira mais útil de expressarem os vossos sentimentos é descreverem o comportamento da outra pessoa a que estão a responder e declararem como se sentem.** (Resposta: Isto é **verdade**. A abordagem mais útil é descrever o evento de ativação, que é o comportamento da outra pessoa a quem estão a responder e, em seguida, declarar a consequência, que é a maneira como se sentem. Quando fazem auto-revelações, é melhor separar o evento de ativação da vossa reação. As auto-revelações envolvendo afirmações negativas devem se relacionar a **UM** evento específico. Declarações gerais negativas sobre vários eventos não ajudam.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para completarem a **Parte F** na página 23 do Manual. Quando quase todos terminarem, reveja as respostas.

Respostas: *b), h) e i)* são auto-reveladores; *d), e), e k)* escuta ativa.

Nota: *f)* **NÃO** é incluído como um exemplo de auto-revelação porque o evento de ativação é não descrito.

Enfermeiro: Dramatizar o Cartoon para os adolescentes. Ler as seguintes perguntas aos adolescentes e solicitar as respostas.

1. Quem tem o sentimento negativo? (Resposta: Pedro.)
2. Refiram o sentimento negativo. (Resposta: Ele está envergonhado e com raiva da mãe.)
3. Qual é o evento de ativação? (Resposta: a mãe de Pedro entra no WC.)
4. O que causa esse sentimento? (Resposta: "Eu deveria ter privacidade no WC".)
5. A crença é irracional? (Resposta: Não)

6. Quais são as escolhas de Pedro? Qual é a melhor escolha? (Resposta: O Pedro deve descrever o evento de ativação e declarar como ele se sente.)
7. Escreve no Manual o que o Pedro deveria dizer. (Resposta: “Quando vens ao WC sem minha permissão, sinto que minha privacidade foi violada.” Ele também poderia afirmar que acredita que deveria ter privacidade no WC.)
8. O que o Pedro fez de errado? (Resposta: Ele gritou com a mãe. Ele deveria ter respondido num tom de voz calmo e sério.)

NOMEAR SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Enfermeiro: Agora vamos trabalhar em alguns dos nossos problemas, mas vamos começar com os **FÁCEIS** primeiro; isto é, aqueles problemas que são recentes o suficiente para que nossos sentimentos negativos não se tenham acumulado por muito tempo. Alguns problemas têm uma longa história de sentimentos profundamente enraizados. Vamos guardar estes para as sessões posteriores.

Eu quero que pensem em uma situação em que é difícil para vocês dizerem como se sentem. Pode ser um problema com qualquer um dos seguintes itens:

1. Recusar o pedido de um amigo.
2. Dizer a um amigo que ele fez algo que vos incomodou; por exemplo, não convidando para uma festa, mentindo ou revelando algo que fosse confidencial.
3. Resistir à pressão do grupo; por exemplo, não ir ver um filme de terror que vocês não querem ver, recusar-se a roubar, não usar drogas numa festa, etc.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 24 do Manual. Escrevam três ou quatro situações problemáticas nas quais gostariam de trabalhar.

Enfermeiro: Aguarde até que a maioria dos adolescentes tenham terminado de escrever, antes de prosseguir.

1. Agora escolham uma situação problemática da vossa lista. Descrevam o evento de ativação e vosso sentimento (a consequência).
2. Em seguida, anotem a crença que causa seu sentimento. A crença é irracional?
3. Quais são as vossas escolhas? Quais delas vão tentar?
4. Escrevam a vossa declaração.

ATIVIDADE DE GRUPO

Tempo limite: 2 minutos

Escolham um colega para este exercício de role-play, de preferência alguém com quem ainda não trabalharam muito. Quero que escolham um problema da vossa lista na página 24 do Manual para interpretarem o papel com o vosso colega. Um membro da equipe apresentará o problema enquanto o colega vai responder usando habilidades de escuta ativa. A seguir trocam de papéis. Aqui estão as regras para cada pessoa.

1. O membro da equipe que apresenta o problema faz uma declaração sobre si mesmo, acerca de outra pessoa - um amigo, um membro da família etc. - ou sobre a relação entre eles.
2. O outro membro da equipe desempenha o papel do amigo, membro da família, etc., que está envolvido no problema e declara pelas suas **PRÓPRIAS PALAVRAS** o que o remetente disse. Essa reafirmação deve começar com “Tu sentes que...” ou “Tu pensas que...”.

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que forneçam uma declaração para usar como exemplo e modelem como responder e dramatizar.

QUESTÕES DE DISCUSSÃO

- Como te sentiste ao fazer uma declaração de auto-revelação, tendo o teu parceiro reformulado a mesma pelas suas próprias palavras?
- Como te sentiste ao reafirmar a declaração de sentimento do teu parceiro?
- Quando o teu parceiro foi o remetente, foi difícil entender a sua mensagem?

- Quando eras tu o remetente, descobriste que o teu parceiro teve problemas para receber a mensagem pretendida?
-

TRABALHO PARA CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para abrirem o Manual na página 24.

1. O vosso principal objetivo para esta sessão é praticar a afirmação de sentimentos positivos. Como trabalho para casa deverão dizer um sentimento positivo a cada dia. Utilizem a página 27 para registrar as vossas declarações de sentimentos positivos e tentem expressar o pensamento para a pessoa envolvida.
 2. Outro objetivo para esta sessão é utilizar a abordagem de auto-revelação para expressar pelo menos dois sentimentos negativos nesta semana. Se possível, tentem resolver a situação do problema que selecionarem para o exercício de interpretação de papéis anteriormente na sessão.
 3. Analisem uma situação problemática ou um sentimento todos os dias, usando os formulários das páginas 28 a 31. Se acharem que a vossa crença é irracional, mudem a crença. Se acharem que a crença é racional, declarem os vossos sentimentos.
-

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, aprenderemos novas competências para negociação e resolução de problemas.

QUESTIONÁRIO

Manual do Adolescente: Peça aos adolescentes para irem para a página 25 do Manual e preencherem o Questionário.

Enfermeiro: Depois que todos terminarem, leia as respostas em voz alta e peça que cada adolescente corrija seu próprio questionário.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 2

Comunicação 2

1. Quais das seguintes afirmações sobre sentimentos pessoais são boas auto-revelações? Marquem todas que se aplicam.

- a) "Estamos todos muito chateados com o comportamento dele na aula."
- b) "Estou animado para ir ver os meus primos."
- c) "Eu sinto que todos devem dar algo para as instituições de caridade."
- d) "Tu deixas-me louco quando te esqueces de ir buscar as tuas compras."
- e) "Fiquei muito surpreso quando me deste um cartão de aniversário."

2. Qual é o motivo aceitável para afirmar sentimentos negativos sobre uma situação ou uma pessoa? Escolhe uma resposta.

- a) Para ajudar alguém a perceber que está errado.
- b) Para melhorar uma situação.
- c) Para fazer alguém se sentir tão mal quanto tu.
- d) Para garantir que as pessoas percebam que tu não estás enganado relativamente ao seu comportamento.

3. O Bruno chega da escola e encontra a sua mãe no seu quarto, a ver as suas gavetas. Ele grita: "Tu nunca me dás nenhuma privacidade! Sai daqui! Eu odeio-te!" Mesmo que o Bruno declarasse os seus sentimentos (e ele está obviamente muito chateado), poderia ter havido uma maneira melhor para ele dizer à sua mãe como ele sentia que a sua privacidade tinha sido invadida, de modo a que ela estivesse mais propensa a ouvir o que ele tinha para dizer? Qual das seguintes afirmações é a melhor maneira de o Bruno dizer à mãe como se sente? Escolhe uma resposta.

- a) "Tu nunca me dás nenhuma privacidade! Sai daqui! Odeio-te!"
- b) "Mãe, quando mexes nas minhas coisas, isso deixa-me muito chateado contigo. Eu sinto-me chateado porque parece que tu não confias em mim!"
- c) "Gostavas que eu mexesse nas tuas coisas?"
- d) "É como se tu não confiasses em mim! O que achaste que ias encontrar? Achas que eu sou viciado em drogas ou algo assim? Tu não confias em mim!"

SESSÃO 3

Negociação e Resolução de Problemas 1

Material necessário:

1. Manual dos Adolescentes
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break
4. Cartões formato A5

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Uso de Imagens Assertivas
- D. Justificar a Negociação e Resolução de Problemas
- E. Regras Básicas para Resolver Conflitos
- F. Definição de Problema
- G. Praticar a Resolução de Problemas e a Escuta Ativa
- H. Definição do Trabalho para Casa
- I. Questionário
- J. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

Lidar com pequenos conflitos para prevenir conflitos maiores.

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

Enfermeiro: Vamos rapidamente rever alguns dos pontos importantes da sessão anterior. Vou fazer algumas questões e se souberem a resposta, por favor levantem a vossa mão.

QUESTIONÁRIO ORAL

1. A que chamamos de declarações de sentimento positivo e negativo? (Resposta: auto-revelações)

2. **O que fazemos quando usamos as declarações de auto-revelação?** (Resposta: Compartilhamos sentimentos, contamos algo sobre nós mesmos.)
3. **O que é uma declaração de relacionamento?** (Resposta: Uma declaração com um "eu" e um "tu").
4. **Quando as declarações de relacionamento são úteis?** (Resposta: Quando queremos melhorar um relacionamento.)
5. **Porque expomos os nossos sentimentos?** (Resposta: Porque isso permite que as outras pessoas saibam como reagimos a algo que fizeram, porque pode ajudar a mudar uma situação má e porque é uma boa maneira de lidarmos com nossos sentimentos.)
6. **Qual é a melhor maneira de expressar os nossos sentimentos?** (Resposta: Ao dizer como nos sentimos [felizes, tristes, etc.] e descrevendo o que a outra pessoa fez ou disse para nos sentirmos assim).
7. **Devemos usar apenas declarações para expressar os nossos sentimentos apenas quando estamos a conversar com os amigos?** (Resposta: Não, as declarações de sentimento são úteis em muitos tipos de relacionamentos.)
8. **Porque é que a escuta ativa é útil?** (Resposta: Clarifica os mal-entendidos e faz com que o remetente se sinta compreendido.)

REVER O PROGRESSO DOS ADOLESCENTES

Enfermeiro: Verificar se realizaram os objetivos definidos na sessão anterior.

1. Escreveram pelo menos um pensamento positivo a cada dia na página 27 do vosso Manual?
2. Analisaram uma situação problemática ou sentimento a cada dia através do preenchimento do formulário da página 28 do vosso Manual? Foram capazes de mudar as vossas crenças e / ou sentimentos?

3. Usaram as declarações de auto-revelação para expressar os vossos sentimentos negativos? Quais foram os resultados? O evento de ativação mudou? Tornou-se mais fácil lidar com seus sentimentos?
 4. Tiveram a oportunidade de praticar a escuta ativa?
 5. E respostas de escuta ativa? Como é que correu?
 6. Tentaram utilizar a escuta ativa em alguma situação em que alguém estivesse a expressar sentimentos negativos com vocês?
-

USO DE IMAGENS ASSERTIVAS

Objetivos:

1. Introduzir o conceito de prática de imagens assertivas.
2. Explicar aos adolescentes os quatro passos para realizar as imagens assertivas.
3. Praticar o uso da imagem assertiva através da resolução de um problema com os adolescentes.

Enfermeiro: Na última sessão, falámos sobre declarações de auto-divulgação. Mesmo com a prática, no entanto, é difícil usá-los em situações da vida real. É particularmente difícil fazer declarações de auto-divulgação no momento certo, ou seja, no **IMEDIATO**. Lembre-se da regra - **esteja aqui agora**.

IMAGEM ASSERTIVA

Para nos ajudar a usar as declarações de auto-revelação com mais frequência, vamos aprender uma técnica chamada “**IMAGINAÇÃO ASSERTIVA**”.

É arriscado revelar a alguém como estamos a reagir ao que essa pessoa disse ou fez. Muitas vezes, temos medo de como a outra pessoa responderá. Uma maneira de superar esse medo é fazer alguma prática imagética. Existem quatro etapas envolvidas na prática de imagens.

1. **FAZER UMA FOTOGRAFIA MENTAL DA SITUAÇÃO** na qual desejamos usar a auto-revelação.
2. **CONVERTER A FOTOGRAFIA NUM FILME.**

3. Incluir o nosso filme no momento em que estamos a **DECLARAR OS NOSSOS SENTIMENTOS**.
4. **IMAGINAR A REAÇÃO DA OUTRA PESSOA** à nossa declaração de sentimentos da maneira que gostaríamos que fosse. O que a pessoa irá dizer e fazer?

PPT: Apresentar no Power Point os seguintes pontos:

- Fazer uma fotografia da situação.
- Converter a fotografia num filme.
- Declarar os sentimentos.
- Imaginar a reação da outra pessoa.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 33 do Manual. Escrevam os quatro passos na imagem assertiva nos locais apropriados da pergunta **1**.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Escolha um dos problemas que escrevera na página 24 do vosso Manual na última sessão. Pensam na declaração de sentimentos que iriam precisar para resolver essa situação.

Guiar os adolescentes pelos quatro passos da imagem assertiva e dê-lhes um minuto para praticarem o exercício.

Enfermeiro: Porque é importante ser bom ao nível da expressão de sentimentos e da escuta ativa? Peça aos adolescentes para responderem a esta questão e apresente depois os principais pontos no Power Point.

PPT: Colocar estes Pontos no Power Point.

- Promover o desenvolvimento de relações mais próximas.
- Previne argumentações e conflitos.

- Promove respostas mais positivas da parte das outras pessoas.
- Permite que entendamos melhor os outros.
- Ajuda a superar a timidez.

Enfermeiro: Rever os pontos e pedir aos adolescentes para escreverem os três que consideram mais importantes nos espaços existentes na pergunta **2** do Manual do Adolescente que está na página 33.

JUSTIFICAÇÃO PARA A NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivo:

1. Explicar a importância das competências de negociação e resolução de problemas.

CONFLITOS INTERPESSOAIS

Enfermeiro: O nosso próximo assunto é a importância de resolver conflitos e desentendimentos com amigos e familiares. Vamos também aprender algumas habilidades essenciais para a **RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS** e **NEGOCIAÇÃO**.

Durante as duas últimas sessões, falámos de algumas diretrizes para comunicação. Concentramos essencialmente acerca de como comunicar com os amigos. Isto é importante porque precisamos saber como fazer novos amigos e como construir relacionamentos saudáveis.

No entanto, **PODEM SURGIR CONFLITOS OU DESENTENDIMENTOS**, mesmo com amigos que de quem gostam muito. Isso é normal, pelo que é importante saber como resolver os problemas que podem surgir com os amigos através do uso de competências de resolução de problemas e negociação. Quando existem conflitos menores que não conseguem ser resolvidos, a probabilidade de resolver os **CONFLITOS MAIS COMPLEXOS** é menor uma vez que estes são **MUITO MAIS DIFÍCEIS DE RESOLVER**. A regra para esta sessão é: **Lidar com pequenos conflitos para prevenir conflitos maiores**.

Aqui estão alguns exemplos de problemas que tendem a criar conflitos entre amigos:

1. O que fazer e para onde ir quando sair.
2. Pedir favores e receber pedidos de favores.
3. Quem (ou com que grupo de pessoas) passar o tempo.
4. Empréstimos sem devoluções: por exemplo, dinheiro, música, roupa...

Enfermeiro: Peça aos adolescentes para referirem mais conflitos que possam surgir com o grupo de amigos e escreva as sugestões no quadro.

As **SITUAÇÕES DE CONFLITOS SÃO USUALMENTE DIFERENTES EM CASA**. Vocês têm de estar perto dos vossos pais mesmo quando não se dão bem com eles no momento, porque dependem deles para coisas essenciais como comida, dinheiro e permissão para fazer coisas. Por isso, é particularmente importante que os pais e os adolescentes aprendam a comunicar uns com os outros para que possam resolver problemas sem conflitos desnecessários. Muitas famílias precisam aprender novas maneiras de comunicar, especialmente quando os métodos antigos não estão a funcionar.

Aqui estão alguns exemplos das questões que tendem a criar conflitos entre adolescentes e pais:

1. Diferenças de opinião sobre o comportamento apropriado, as roupas que têm permissão para usar, etc.
2. Onde podem ir com os vossos amigos e quando têm de estar em casa (horas de regresso).
3. As tarefas que devem fazer, como limpar o vosso quarto.
4. Quem são os vossos amigos e quanto tempo gastam com eles.

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que criem uma lista de outros assuntos que criam conflitos entre adolescentes e pais. Escreva as suas sugestões no quadro.

REGRAS BÁSICAS PARA RESOLVER CONFLITOS

Objetivo:

1. Discutir as regras básicas para ter sucesso na resolução de problemas.

Em todos os conflitos ou divergências, há alguém que tem uma queixa sobre outra pessoa. Na vossa família ou grupo de amigos, a pessoa com a queixa podem ser vocês, os vossos pais, os vossos amigos ou outra pessoa qualquer.

Enfermeiro: Explicar e fornecer uma justificação para cada um dos seguintes pontos.

- **A PESSOA COM UMA QUEIXA TEM O DIREITO DE SER OUVIDA E O DIREITO DE PEDIR A MUDANÇA** do comportamento do outro, independentemente de quão realista ou irrealista possa parecer o pedido.
- **OUVIR A QUEIXA DE ALGUÉM NÃO SIGNIFICA QUE SE CONCORDA OU DISCORDA**, simplesmente indica que se está a tentar entender as mudanças que a pessoa quer. Pode-se discordar depois. **O PRIMEIRO PASSO É TENTAR ENTENDER O PONTO OU A RECLAMAÇÃO.**

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para responderem às perguntas **3** e **4** do Manual na página 33.

Quais são as competências de comunicação que aprenderam até agora que ajudariam na negociação?

Enfermeiro: Peça aos adolescentes para apresentarem algumas respostas. Dê a cada adolescente a oportunidade de contribuir para a discussão. Use propostas subtis para gerar as respostas a seguir.

1. Usar declarações de auto-revelação para descrever o problema em termos do evento de ativação e do sentimento pessoal.
2. Usar as declarações de relacionamento.
3. Usar habilidades de escuta ativa.

DEFINIR O PROBLEMA

Objetivo:

1. Expor as regras para definir o problema.

OITO REGRAS PARA DEFINIR UM PROBLEMA

A maneira de definir ou descrever um problema define o cenário para a restante discussão. Se for mal feito, pode desinteressar os outros ou irritá-los. Uma boa definição de problema afirma **CLARAMENTE E ESPECIFICAMENTE** o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria um problema para si próprio. A definição deve descrever para a outra pessoa **PORQUE** é um problema. Aqui estão várias regras para definir o problema corretamente.

1. **COMEÇAR COM ALGO POSITIVO.**
2. **SER ESPECÍFICO.**
3. **DESCREVER O QUE A OUTRA PESSOA ESTÁ A FAZER OU A DIZER,** e que está a criar um problema (usar auto-revelações!).
4. Não descrever o problema em termos de falhas da outra pessoa (por exemplo, “Tu és preguiçoso!”). Por outras palavras, **NÃO INSULTAR O OUTRO.**
5. **EXPRESSAR OS SENTIMENTOS** como uma reação ao que a outra pessoa está a fazer ou a dizer.
6. **ADMITIR A TUA CONTRIBUIÇÃO** para o problema. Aceitar a responsabilidade pela tua parte, mesmo que cause sofrimento aos outros.
7. **NÃO ACUSAR** ou culpar os outros.
8. **SER BREVE.**

PPT: Apresente no Power Point as regras para definir problemas. Deixe esta lista para discussão durante os exercícios que se seguem.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para irem para a página 34 do Manual.

Enfermeiro: Peça aos alunos que leiam os exemplos da página 34 e descrevam o que está certo e errado. Lembre-os de usar as regras no Power Point. Depois de terminarem, faça o exercício novamente em voz alta, pedindo aos alunos que apresentem as suas respostas. Certifique-se de que todos tenham a oportunidade de responder.

1. **“Eu sei que tu queres que eu esteja em segurança e que tentas cuidar de mim. O meu problema é que eu quero ficar na rua até à meia-noite ao fim de semana com os meus amigos, mas só me deixas até as 23h00. Isso incomoda-me porque tenho que vir para casa cedo e sinto falta da diversão.”** (Resposta: Essa é uma boa definição porque começa com algo POSITIVO; menciona ESPECIFICAMENTE o que a outra pessoa faz e que cria o problema; expressa os sentimentos do apresentador; é BREVE; e o apresentador assume alguma RESPONSABILIDADE pelo problema.)
2. **“O meu problema é que tu és muito rigoroso sobre a hora de voltar para casa!”** (Resposta: Esta definição não é muito boa porque ACUSA o ouvinte de ser muito rigoroso sem explicar o que se entende por "rigoroso".)
3. **“O meu problema é que tu és irresponsável ao cuidar do teu quarto.”** (Resposta: Essa definição também ACUSA o ouvinte de ser irresponsável sem fornecer uma explicação adequada. Peça aos adolescentes que identifiquem outras fraquezas.)
4. **“Estou chateado com o pó no chão, as roupas na cama e os papéis espalhados na mesa do teu quarto. Fico constrangida quando os meus amigos vêm visitar-nos e eles veem o teu quarto.”** (Resposta: Essa definição é boa porque é muito ESPECÍFICA; FOCA-SE NO COMPORTAMENTO em vez de ser na personalidade; e EXPRESSA OS SENTIMENTOS DO APRESENTADOR. Pergunte aos adolescentes como o apresentador poderia ter lidado com isso melhor - por exemplo, ao começar com algo positivo, etc.)

PRATICAR RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E ESCUTA ATIVA

Objetivo:

1. Envolver os adolescentes num exercício de role-play onde eles devem definir o problema e usar a escuta ativa.

Enfermeiro: Agora vamos praticar a definição de um problema e usar as nossas habilidades de escuta ativa. Como discutimos anteriormente, a escuta ativa significa não julgar e entender. Neste exercício, vamos verificar como uma pessoa define bem o problema e como a outra pessoa entende o que foi dito.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Peça aos alunos que formem equipes com duas pessoas. Se uma das equipes tiver um terceiro membro, peça a essa pessoa que forneça feedback construtivo aos outros membros da equipe, à medida que eles representam.

Aqui estão as instruções para este exercício. Eu quero que alternem entre o papel de adolescentes e pais. Cada "adolescente" definirá um problema e o "pai" responderá com uma declaração de escuta ativa. O “adolescente” então dirá ao “pai” se a mensagem foi recebida corretamente. Se a declaração de escuta ativa não refletir com precisão o que foi dito, o “adolescente” irá reafirmar o problema e o “pai” responderá novamente. Continuem esse processo até que fique claro que o “pai” entende o problema. Depois, troquem de função com o vosso colega e repitam o exercício com uma nova definição de problema. Este exercício deve demorar entre **10 a 15 minutos**.

Enfermeiro: Depois de a maioria das equipes terminarem, discutam o exercício por 5 a 10 minutos. Pergunte aos adolescentes o que eles sentiram ao representarem o papel de “adolescentes” e o papel de “pai”. Refira qualquer problema que possa ter percebido ao observar as equipes durante o exercício. Lembre os adolescentes de seguir as regras Power Point.

Agora vamos repetir o exercício, mas desta vez o “pai” definirá um problema e o “adolescente” responderá usando as diretrizes para a escuta ativa. Eu quero que formem novas equipes para este exercício. Continuem o processo até que fique claro que o “adolescente” entende o problema. Então, troquem de papel. Têm cerca de **10 a 15 minutos** para este exercício.

Enfermeiro: Depois que a maioria das equipes terminar, encerre a sessão de treinos.

Enquanto estavam a fazer estes exercícios, quantos olharam para o Power Point para ler as oito regras para definir um problema? [Levantem os braços.] No começo, é útil manter essas regras à mão para que possam revê-las rapidamente quando elas forem necessárias. Com o tempo, ficarão tão familiarizados com estas regras que irão usá-las automaticamente. Até lá, podem precisar de anotá-las e levá-las com vocês.

Enfermeiro: Passar os cartões A5 e pedir aos adolescentes para copiarem as 8 regras para esses cartões. Peça-lhes que os coloquem na carteira, nas malas, cadernos, etc., prontos para serem utilizados.

TRABALHO PARA CASA

Enfermeiro: Pedir para os adolescentes irem para a página 35 do Manual.

1. O vosso principal objetivo para esta sessão é praticar a definição de problemas. Até à próxima semana, identifiquem vários problemas nos quais gostariam de trabalhar. Em seguida, pratiquem definindo-os e usando as regras que discutimos nesta sessão. Existe um plano que vos é fornecido para realizarem este trabalho na página 37 do vosso Manual. **NÃO TENTEM DIZER AINDA O PROBLEMA A OUTRAS PESSOAS!**
2. Pratiquem as competências de escuta ativa.

ATIVIDADE DE SUCESSO

Enfermeiro: Vamos começar já o vosso trabalho de casa.

Se pensaram em algum problema que gostassem de trabalhar, escrevam-no na página 38 do vosso Manual. Depois definam-no de acordo com as 8 regras.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, aprenderemos como encontrar boas soluções para problemas usando uma técnica chamada "brainstorming".

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para irem para a página 36 do Manual onde está o Questionário da Sessão 3 sobre Negociação e Resolução de Problemas.

Depois de todos terem acabado leia as respostas e peça aos adolescentes para corrigirem os seus questionários.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 3'

Negociação e Resolução de Problemas 1

1. Há várias etapas envolvidas no uso das imagens assertivas. Organize os itens abaixo na ordem correta colocando um “1” no primeiro passo, um “2” no segundo passo e assim por diante. Deixe de fora todos os itens que não são partes das etapas das imagens assertivas.
 - a) ____ Mudar a fotografia da cena para um filme.
 - b) ____ Discutir os seus pensamentos irracionais.
 - c) ____ Imaginar a reação da outra pessoa face à sua declaração de sentimentos.
 - d) ____ Contraia os músculos e depois relaxe.
 - e) ____ Fazer uma fotografia na sua cabeça acerca da situação que quer preparar.
 - f) ____ Referir os seus sentimentos para a outra pessoa do filme.
-
2. Indique se as seguintes afirmações sobre a definição de um problema são verdadeiras ou falsas.
- a) **V F** Ao definir um problema, deve começar por dizer algo positivo sobre a outra pessoa ou sobre a situação.
- b) **V F** Ao definir o problema, deve descrever o papel da outra pessoa no problema, mas não falar sobre o seu próprio papel no problema.
- c) **V F** Não expresse os seus sentimentos durante a definição do problema. Isso só complica as coisas.
- d) **V F** Descreva o que aconteceu, o que o incomodou e o que considera que precisa ser mudado.
- e) **V F** Esta é uma boa definição do problema: “O meu problema é que tu és muito preguiçoso! Tu enlouqueces-me quando não arrumas as tuas próprias coisas”
- f) **V F** O insulto não é muito útil na definição de um problema.

SESSÃO 4

Negociação e Resolução de Problemas 2

Material necessário:

1. Manual dos Adolescentes
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Brainstorming
- D. Escolha de uma Solução
- E. Implementação e Contrato
- F. Praticar a Resolução de Problemas e Negociação
- G. Definição do Trabalho para Casa
- H. Questionário
- I. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

O compromisso é a chave para atingir objetivos mútuos.

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

Enfermeiro: Vamos começar por rever alguns dos conceitos discutidos durante a última sessão. Eu vou fazer algumas perguntas - por favor, levantem a mão se acharem que sabem a resposta.

QUESTIONÁRIO ORAL

1. **Quais são os quatro passos para praticar imagens assertivas?** (Resposta: Fazer uma fotografia mental da situação; converter a fotografia num filme; declarar os seus sentimentos no filme; imaginar a reação da outra pessoa.)

2. **Por que é importante aprender habilidades de resolução de problemas e negociação?** (Resposta: São habilidades essenciais para resolver divergências e evitar que conflitos menores se tornem sérios. Ajudam a manter amizades e a harmonia.)
3. **Quais são as duas regras básicas para uma resolução bem-sucedida de problemas?** (Resposta: A pessoa com uma queixa tem o direito de ser ouvida; ouvir a queixa não significa que se concorda ou discorda.)
4. **Quais são as regras para definir um problema?** (Resposta: Começar com algo positivo; ser específico; descrever o que a outra pessoa está a dizer ou fazer; não insultar; expressar os sentimentos; admitir a sua contribuição; não acusar; ser breve.)

REVISÃO DO PROGRESSO DOS ADOLESCENTES

1. Identificaram um ou mais problemas que gostariam de trabalhar?
2. Registaram os problemas na página 37 do Manual e praticaram a sua definição de acordo com as 8 regras?
3. Tiveram oportunidade para praticar a escuta ativa? Como correu?
4. Tentaram usar as competências de escuta ativa com alguém que estivesse a comunicar sentimentos negativos?

BRAINSTORMING

Objetivos

1. Expor as justificações e regras para o brainstorming.
2. Praticar o brainstorming de modo a que os adolescentes gerem soluções para alguns problemas típicos entre pais e filhos.

Enfermeiro: Durante a última sessão, abordámos a importância da resolução de problemas e das habilidades de negociação. Aprendemos como **DEFINIR PROBLEMAS** e como reagir através da utilização das **COMPETÊNCIAS DE ESCUTA ATIVA** quando

alguém expressa um problema. Nesta sessão, aprenderemos **COMPETÊNCIAS DE NEGOCIAÇÃO** que nos ajudarão a resolver problemas, de modo a trabalharmos com outras pessoas para chegar a um acordo mútuo.

Após o problema ter sido **DEFINIDO** para que todos entendam o que é, o próximo passo é apresentar uma variedade de **SOLUÇÕES DIFERENTES** para o problema. Nessa etapa, é importante ser criativo e não julgar. Não sejam muito apressados. Lembrem-se, nenhuma das soluções para esses problemas funcionou até agora. Quanto mais ideias todos gerarem, melhor. Chamamos a esta abordagem de **BRAINSTORMING**.

Embora não haja regras rígidas e rápidas para a escolha de uma solução, as soluções de **COMPROMISSO** geralmente têm a **MELHOR HIPÓTESE** de serem aceites por todos. Cada pessoa deve dar um pouco para ficar um pouco.

PPT: Apresentar as regras para o brainstorming

- Registe todas as soluções possíveis.
- Não seja crítico. Todas as ideias são permitidas.
- Seja criativo.
- Comece oferecendo-se para mudar um dos seus próprios comportamentos.

Enfermeiro: Peça aos alunos para sugerirem alguns problemas típicos de pais e filhos adolescentes e escreva-os no quadro. Depois, selecione um dos problemas e peça aos alunos que produzam o maior número possível de soluções. Lembre-os de tentar encontrar algumas soluções que os pais também considerem aceitáveis. Passe por vários problemas com o grupo e registe as soluções de cada um deles no quadro. (Certifique-se de que existem algumas soluções que atraiam os pais.) **DESTAQUE** as soluções que são comprometidas. Deixe os problemas e soluções no quadro para um exercício posterior.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 40 do Manual e para responderem à pergunta **1** e **2**.

ESCOLHER UMA SOLUÇÃO

Objetivos

1. Apresentar um método sistemático para restringir a lista de ideias que são geradas durante o brainstorming.
2. Praticar a avaliação de soluções.

Enfermeiro: Agora vamos aprender como escolher uma solução para tentar na lista de ideias que foram desenvolvidas durante a etapa do brainstorming. Isto pode ser difícil porque **TODOS OS ENVOLVIDOS TÊM QUE CONCORDAR** com a solução do problema, caso contrário, não funcionará. Lembrem-se que as soluções de COMPROMISSO geralmente têm uma hipótese maior de serem selecionadas. A regra para esta sessão é que o compromisso é a chave para alcançar acordos mútuos.

MANUAL DOS ADOLESCENTES: Pedir aos adolescentes para irem para a página 41 do Manual.

Vamos usar o formulário de Resolução de Problemas na página 41 para nos ajudar a avaliar cada uma das possíveis soluções. Este formulário foi projetado para adolescentes e pais, embora possa ser usado por qualquer pessoa. As soluções sugeridas durante a etapa de brainstorming estão descritas no formulário e cada uma recebe um **MAIS (+)** ou um **MENOS (-)** de cada pessoa. Esta é uma maneira rápida de descobrir que ideias são aceitáveis para todos.

Nesta etapa, cada pessoa deve declarar por que acha que determinada solução é boa ou má. Quando se faz isto, é importante ser **POSITIVO**. Não basta recusar uma ideia porque não se gosta dela. O objetivo é encontrar uma solução que resolva o problema.

Vamos ter em conta um exemplo:

EXEMPLO

Problema

Mãe: "Incomoda-me quando deixas as tuas roupas espalhadas pelo teu quarto. Eu tenho vergonha de convidar os meus amigos para entrarem em casa porque eles podem ver a confusão lá dentro. Acho que precisamos trabalhar neste problema. Vamos começar por fazer brainstorming de possíveis soluções e depois vamos escolher uma para experimentar. Vou anotá-las. Vamos intercalar, começa tu primeiro."

Brainstorming

Adolescente (Solução 1) "Nós poderíamos contratar uma empregada para limpar o meu quarto."

Mãe (Solução 2) "Eu poderia ficar com a tua mesada até tu limpares o teu quarto."

Adolescente (Solução 3) "Nós poderíamos apenas fechar a porta do meu quarto quando temos companhia ".

Mãe (Solução 4) "Eu poderia pagar-te mais cinco euros extra se limpasses o teu quarto no domingo à noite."

"Ok, acho que temos ideias suficientes. Vou lê-las uma de cada vez e vamo-nos revezar para dar a cada uma das possíveis soluções um sinal de mais ou menos."

Avaliação

Mãe: "A primeira solução é contratar uma empregada."

Adolescente: "Isso soa bem para mim, porque assim eu não teria de limpar meu quarto! Eu dou essa ideia um mais."

Mãe: "Contratar uma empregada seria ótimo se eu pudesse pagar, mas eu realmente não posso. Eu tenho pena de dar a esta ideia um menos, mas só poderia ser um mais se ganhássemos o Euromilhões."

Mãe: "A segunda solução é suspender a tua mesada até que o teu quarto esteja limpo".

Adolescente: Isso não me parece justo. Se eu me esquecer de limpar o meu quarto, não receberei nenhum dinheiro. Vou dar a essa ideia um menos. "

Mãe: "Eu acho que ficar com a tua mesada te motivaria a manter o teu quarto limpo e ainda terias uma escolha sobre se querias ou não fazê-lo. Eu dou essa ideia um mais.

Mãe: "A terceira solução é manter a porta do teu quarto fechada."

Adolescente: "Fechar a porta parece ser uma ótima ideia. É o meu quarto e eu deveria fazer o que eu quero lá. Se eu mantiver a porta fechada, a confusão não te iria incomodar nem aos teus amigos. Eu dou a essa ideia um mais "

Mãe: "Fechar a porta impediria as outras pessoas de verem a confusão que é o teu quarto, mas não te ajudaria a aprender a ser responsável por manter o quarto limpo. Eu dou à ideia um menos."

Mãe: A última solução é pagar-te cinco euros por limpares o teu quarto no domingo à noite."

Adolescente: "Eu gosto dessa ideia. Dessa forma, eu poderia ganhar algum dinheiro extra, e tu não terias que te incomodares mais com o meu quarto. Eu dou a essa solução um mais."

Mãe: "Pagar-te algum dinheiro extra para limpar o teu quarto parece ser uma boa ideia para mim também. Tu aprenderias a cuidar do teu quarto e estaria limpo no domingo à noite. Isso valeria cinco euros por semana para mim. Eu dou a essa ideia um mais.

Mãe: "Já que nós dois concordamos com isso, vamos tentar! Obrigado por me ajudares a trabalhar no problema."

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Pedir aos alunos que formem equipas de dois.

O primeiro passo é copiarem este problema entre pais e filhos adolescentes [indicar no quadro qual deles] e as soluções propostas para a página 41 do Manual. Então, um membro da equipe fará o papel do pai, e o outro fará o papel do adolescente, enquanto **AVALIAR** cada uma das soluções. Usem a página 41 como suporte para este exercício. Ao avaliarem as soluções, lembrem-se de que cada pessoa deve declarar por que uma determinada solução é boa ou má.

Quando a maioria das equipes terminar, peça aos membros da equipe para apresentarem algumas das suas avaliações para o resto do grupo.

IMPLEMENTAÇÃO E CONTRATO

Objetivo:

1. Explicar como escrever um contrato que esclareça os detalhes de uma solução.

Enfermeiro: Depois de chegar a um acordo sobre qual a solução que deverá ser tentada, **TODOS OS DETALHES** necessitam de ser explicados num **CONTRATO POR ESCRITO**. O contrato é um registo formal dos termos e condições que foram negociados. Estabelece com **EXATIDÃO O ACORDO**, sendo por isso muito importante no caso de haver alguma dúvida ou contestações sobre o que foi dito. **SEJAM ESPECÍFICOS** quando escreverem o contrato, de modo a que seja fácil avaliar se cada pessoa está a cumprir a sua parte do acordo. O contrato deve descrever o que cada pessoa concordou em fazer em termos de ações e comportamentos que podem ser observados.

O contrato deve descrever o **QUE CADA PESSOA FARÁ E O QUE ACONTECERÁ** (a consequência) **SE A PARTE FALHAR NO CUMPRIMENTO DO ACORDO**. Mesmo que as pessoas tenham boas intenções, muitas vezes elas não cumprem as suas promessas. Pode ser fornecido algum incentivo adicional para honrar o acordo incluindo uma consequência.

O contrato também deve indicar o **PERÍODO DE TEMPO** para o qual é válido. Isto é particularmente importante porque podem querer alterar o contrato. No entanto, devem manter o contrato durante **O PERÍODO DE TEMPO** especificado no contrato. Caso contrário, o contrato não pode ser levado a sério. Leva tempo para descobrir se o acordo vai funcionar, então experimentem durante pelo menos uma semana. No final do período

de avaliação, analisem o contrato e considerem as sugestões de cada pessoa em relação às alterações que tornariam o contrato melhor.

INCLUIR LEMBRETES para ajudá-los a lembrarem-se de fazer as alterações que foram acordadas. As pessoas muitas vezes esquecem-se do que devem fazer, por isso é importante usar dicas ou lembretes.

(Os alunos podem rejeitar esta última ideia porque querem ser tratados como adultos e sentem que não precisam de lembretes (também, porque os lembretes podem parecer irritantes). Saliente, no entanto, que todos nós precisamos de estímulos quando estamos a tentar mudar hábitos pré-estabelecidos. Ofereça alguns exemplos de sugestões: (a) coloque o acordo no frigorífico ou em algum outro lugar público, e (b) coloque uma nota no espelho do quarto ou em algum outro lugar onde seja visto com frequência. Pense em algumas outras ideias com os adolescentes.)

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 42 do Manual para reverem o exemplo de contrato apresentado e discutam como os detalhes devem ser escritos de modo a que cada pessoa entenda o que se espera que se faça. Pedir ao grupo que participe.

PRATICAR NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivo:

1. Auxiliar os adolescentes em todas as etapas da negociação e resolução de problemas através de um exercício prático.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: O objetivo é dar a todos os alunos a oportunidade de trabalhar com uma sequência inteira de resolução de problemas antes de tentarem ajudar os pais a aprender os passos para resolver problemas em casa (isso faz parte do trabalho para casa da Sessão posterior). Enquanto os alunos estiverem a realizar a atividade, passe algum tempo com cada equipe e dê aos alunos um feedback construtivo.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para as páginas 43 e 44 do Manual.

Enfermeiro: Deverão utilizar os seguintes passos durante a próxima atividade.

- Definir o problema
- Brainstorming (soluções)
- Avaliar as soluções
- Escolher uma solução
- Escrever um contrato

ROLE - PLAY

1. Pedir aos alunos que formem “famílias” de modo a que eles formem grupos de três.
 2. Pedir que cada “família” escolha um dos problemas registados no quadro e que ainda não tenham sido usados num exercício.
 3. Começar por ter uma das “famílias” a desempenhar uma interação de solução de problemas (usar o formulário de Resolução de Problemas na página 43 do Manual) enquanto as outras “famílias” assistem.
 4. Após 5 a 7 minutos, pedir aos “membros da família” que mudem de função para que todos tenham a oportunidade de desempenhar um papel parental. (Isto é importante para desenvolver uma apreciação da perspetiva dos pais).
 5. Fornecer feedback contínuo a todos os “membros da família” em relação à comunicação e resolução de problemas. (Aqueles que desempenham o papel de pais também devem receber feedback.)
 6. Se for realizado progresso suficiente, pedir aos “membros da família” que escrevam um contrato (página 44 do Manual) enquanto a próxima “família” é iniciada.
 7. Repetir o processo com outra “família” para que tenham uma interação de solução de problemas.
 8. Continuar até que todas as “famílias” tenham participado no exercício. Todos os adolescentes devem ter a oportunidade de desempenhar ambos os papéis.
-

TRABALHO PARA CASA

Manual do Adolescente: Pedir aos adolescentes para irem para a página 45 do Manual.

1. Completem as situações relativamente ao Brainstorming e avaliação que se encontram nas páginas 47 e 48.
2. O trabalho para casa para esta sessão diz respeito a vocês e aos vossos pais. O objetivo é que preencham o Formulário “Lista de Problemas”. A vossa cópia da lista de verificação de problemas está nas páginas 49 a 50 do vosso Manual. Esta lista vai ser necessária durante a próxima sessão para ajudar-vos a decidir em que problemas irão trabalhar.

Enfermeiro: Analise brevemente as páginas anteriores, respondendo a perguntas até que verifique que os adolescentes entendam o exercício e não tenham dúvidas.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, dedicaremos todo o nosso tempo a praticar o que aprendemos sobre negociação e resolução de problemas.

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para irem para a página 46 do Manual onde está o Questionário da Sessão 4 sobre Negociação e Resolução de Problemas 2.

Depois de todos terem acabado leia as respostas e peça aos adolescentes para corrigirem os seus questionários.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 4

NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS 2

Avalie se as afirmações são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

1. Quais das seguintes afirmações são regras para o brainstorming?
 - a) V F Registe quantas soluções conseguir.
 - b) V F Cada pessoa deve oferecer apenas uma solução.
 - c) V F O Compromisso é importante.
 - d) V F Pare depois de chegar a cinco soluções.
 - e) V F Não proponha soluções criativas.
 - f) V F Ofereça-se para mudar um dos seus próprios comportamentos.
 - g) V F Não seja crítico para soluções de outras pessoas.
 - h) V F Avalie cada solução assim que ela for proposta.

2. Quais das seguintes são regras para fazer um contrato de resolução de problemas?
 - a) V F Não é necessário anotar um contrato.
 - b) V F O contrato deve descrever o que cada pessoa concordou em fazer.
 - c) V F O contrato deve indicar um ponto no tempo para avaliar o acordo para ver se está a funcionar como planeado.
 - d) V F O contrato deve especificar o prazo de validade do contrato.
 - e) V F Se uma pessoa falhar não mantendo os termos do contrato, o contrato é considerado inválido.
 - f) V F Uma vez assinado, o contrato deve ser guardado numa gaveta; não deve ser colocado em exibição.
 - g) V F Os contratos devem incluir lembretes para ajudar cada pessoa a manter sua parte no contrato.
 - h) V F Contratos só são úteis para resolver problemas numa família; eles não seriam úteis para resolver problemas entre amigos.

SESSÃO 5 Conjunta
Negociação e Resolução de Problemas 3

Material necessário:

1. Manual dos Adolescentes
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break
4. Cópias da página 53 do Manual dos Adolescentes
5. Cópias extra da “Lista de Problemas”
6. Relógio (cronómetro)

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Negociação e Resolução de Problemas Guiada
- D. Definição do Trabalho para Casa
- E. Avaliação da sessão

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE e PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 47 e 48 do Manual do Adolescente e o para a página 31 e 32 do Manual dos Pais.

Rever as respostas de adolescentes e pais. Certifique-se de que tanto os adolescentes como os pais tenham a oportunidade de responder.

Rever o contrato por escrito que os pais completaram na página 34 do Manual.

NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS GUIADOS

Objetivo:

1. Treinar competências de negociação e resolução de problemas de intensidade leve a moderada conjuntamente com pais e adolescentes.

Enfermeiro: Para a realização desta atividade em família temos cerca de 90 minutos para a interpretação de papéis. De acordo com o número de famílias será utilizado um gráfico de tempo semelhante a este:

Número de Famílias		Tempo
1	-----	80 minutos
2	-----	40 minutos
3	-----	26 minutos
4	-----	20 minutos
5	-----	16 minutos
6	-----	13 minutos
7	-----	11 minutos
8	-----	10 minutos

Teremos um intervalo de cerca de 10 minutos a meio da atividade. O momento exato da pausa dependerá da duração das encenações – não iremos interromper uma família no meio de uma interação de solução de problemas para fazer a pausa.

ATIVIDADE DE FAMÍLIA

Enfermeiro: O objetivo desta atividade é treinar a negociação e resolução de problemas com pais e adolescentes como uma família. Cada família participará do exercício enquanto as outras famílias assistem.

Agora que aprenderam os passos que envolvem a negociação e resolução de problemas vamos praticá-los como família.

De forma breve explicar as seguintes regras ao grupo.

MANUAL DOS ADOLESCENTES E PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 49 a 50 do seu Manual e os pais para a página 35 a 36 do seu Manual.

Enfermeiro: A primeira coisa que precisam fazer é repassar os tópicos da **LISTA PROBLEMAS**, que é o questionário que preencheram como parte do trabalho para casa da semana passada. Cada família precisa **ESCOLHER UM TEMA** que os pais e o

adolescente concordam que ainda é um problema, mas apenas um problema de **BAIXO** ou **MODERADO** nível. Vamos trabalhar para lidar com os tópicos "quentes" ou problemáticos mais tarde.

Em seguida, cada família irá trabalhar no problema que selecionou na **LISTA DE PROBLEMAS**, usando as etapas para a solução de problemas. Para tornar as coisas um pouco mais fáceis, usaremos **O FORMULÁRIO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS** que usamos antes como um guia para a discussão; uma cópia é fornecida na página 53 do Manual para Adolescentes e na página 39 do Manual para pais. Usamos este formulário na semana passada na aula, pelo que vos deve ser familiar.

PPT: Apresentar os passos para a resolução de problemas. Estas etapas também estão descritas na página 52 do Manual do Adolescente. Debater brevemente cada.

Definir o problema

- Uma pessoa declara o problema descrevendo o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria o problema.
- A outra pessoa usa a escuta ativa (reafirma o problema).
- A primeira pessoa verifica a precisão da reafirmação do problema.

Brainstorming

- Registar todas as soluções possíveis.
- Ser criativo.
- Não ser crítico.
- Soluções compromisso.
- Pensar em mudar o seu próprio comportamento.

Escolher uma solução

- Cada pessoa avalia as soluções e explica por que cada uma é um “mais” ou um “menos”.
- Preencher o formulário de solução de problemas.
- Compromisso.

Escrever um contrato

- Descrever o que cada pessoa fará e o que acontecerá se não o fizer.
- Declarar por quanto tempo o contrato é válido.
- Incluir lembretes.
- Assinar o contrato.

Enfermeiro: Queremos tornar esta sessão prática o mais fácil possível para vocês. Irei auxiliar-vos enquanto passam pelas etapas de resolução de problemas, de modo oferecer-vos assistência, se necessário. Tentem relaxar e divertir-se com este exercício, e não se preocupem em fazê-lo com perfeição na primeira vez. A vossa técnica irá melhorar com a prática - é disto que vamos tratar nesta sessão.

O objetivo de cada família é trabalhar ao máximo um problema no tempo disponível. Vamos utilizar este relógio (cronómetro) [segure-o] para saber quanto tempo cada família tem.

O primeiro passo é apresentar uma boa **DEFINIÇÃO** do problema para que a discussão tenha um bom começo. Então, passarão algum tempo **BRAINSTORMING** possíveis soluções, e a **AVALIAR** pelo menos algumas delas. As etapas de solução de problemas que não foram concluídas aqui serão o vosso trabalho para casa. Devem terminar de trabalhar nas etapas restantes antes da próxima sessão.

OBS: [Se houver apenas algumas famílias, acrescentar a seguinte declaração.] “Se houver tempo suficiente, cada família poderá escrever e assinar um contrato que descreva os detalhes do acordo que foi negociado.

Enfermeiro: No final do exercício, darei algum feedback sobre a discussão da solução de problemas bem como cada família deverá fazer a sua apreciação. Serão indicadas as coisas que foram bem realizadas e também serão sugeridas áreas que poderiam ser melhoradas.

O processo deverá iniciar-se com o pedido voluntário de uma família para começar o role-play enquanto as outras famílias assistem. Repetir-se-á este processo até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de praticar a solução de problemas e tenham recebido algum feedback.

INDICAÇÕES GERAIS PARA A PRÁTICA GUIADA

1. Peça a uma família que se voluntarie para ir primeiro. Seria melhor começar com uma família que forneça um bom modelo para as outras famílias seguirem.
2. Peça à família que **SELECIONE UM PROBLEMA LEVE OU MODERADO** para os pais e o adolescente. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** for usada, faça com que escolham um tema com uma classificação de intensidade de 1 ou 2, mas não superior. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** não tiver sido completada pelos pais e / ou adolescente, peça-lhes que leiam a lista e escolham uma questão de intensidade moderada. Diga-lhes para não gastarem muito tempo a tentar escolher a questão “ideal” a ser resolvida; O objetivo desta sessão não é resolver um grande problema, mas sim **PRATICAR** as habilidades necessárias.
3. Peça a um membro da família para ser o **SECRETÁRIO**. Explique que o trabalho do secretário é registar todas as soluções e avaliações sugeridas pelos membros da família no Formulário de Solução de Problemas na página 53. Considere pedir ao membro da família que parece ser o menos cooperativo para ser o secretário, para que essa pessoa esteja ativamente envolvida no processo. Todas as famílias que estão a assistir também anotam as soluções geradas num Formulário de solução de problemas (distribua algumas cópias extras); isso irá encorajá-los a prestar atenção ao que está a acontecer (o que às vezes pode ser um problema para as famílias que estão a assistir).
4. Peça a um membro da família que defina o problema usando as regras discutidas anteriormente. (**As oito regras são:** 1. começar com algo positivo; 2. ser específico; 3. descrever o que a outra pessoa está a fazer; 4. não insultar; 5. expressar os

seus sentimentos; 6. admitir seu papel; 7. não acusar e 8. ser breve.) Certifique-se de que a definição seja específica e comportamentalmente descritiva.

5. Peça aos outros membros da família que respondam à declaração do problema com a **ESCUTA ATIVA** (paráfrase, usar declarações de sentimento, etc.). Certifique-se de que cada pessoa faz isso corretamente. Se necessário, reconheça que isso pode parecer estranho ou artificial, mas peça-lhes que continuem.
 6. Peça à pessoa que declarou o problema que **VERIFIQUE** se as declarações de escuta ativa refletem com precisão o que disse. Caso contrário, peça à família que repita o processo de definição do problema e responda com a escuta ativa.
 7. Em seguida, peça à família que passe pelos **PASSOS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS** descritos no Power Point.
 8. Durante a discussão, o Enfermeiro deve **FORNECER FEEDBACK CONTÍNUO**. Certifique-se de que rotula e elogia o bom desempenho em voz alta. Se um membro da família se movimentar muito rápido, for crítico, avaliar soluções durante o brainstorming, etc., o Enfermeiro deve dar um feedback imediato lembrando gentilmente a essa pessoa sobre a regra relevante.
 9. Quando restarem aproximadamente 5 minutos para terminar o tempo (dependendo do número de famílias), parar a discussão e fornecer **FEEDBACK DETALHADO** ao adolescente e pais.
 10. Selecionar outra família (ou pedir voluntários) e repetir o processo.
 11. Continuar até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de representar uma discussão de solução de problemas.
 12. Se houver tempo suficiente, peça às famílias que **ESCREVAM UM CONTRATO**, preenchendo o Formulário na página 54 do Manual dos Adolescentes.
-

TRABALHO PARA CASA

1. Continuem a discussão que iniciaram nesta sessão até completarem todas as etapas para resolução de problemas e negociação. Estas etapas também são fornecidas na página 52 do Manual do Adolescente e na página 38 do Manual dos Pais. Utilizam o Formulário de Resolução de Problemas na página 56 do Manual do Adolescente para fazer anotações. Antes de saírem, cada família deve tentar chegar a um consenso sobre quando continuar a discussão. Se puderem encontrar um horário conveniente para todos os envolvidos, anote-o na página 55 do Manual do vosso Adolescente. Cada pessoa também precisa de se comprometer verbalmente em participar na sessão de solução de problemas. O objetivo é acordar uma solução e **ESCREVER UM CONTRATO** utilizando o formulário da página 57 do Manual do Adolescente e da página 40 do Manual dos Pais.
2. Depois de terem um acordo por escrito, **COLOQUEM-NO EM PRÁTICA**.
3. Se os problemas se desenvolverem ou se os ânimos se exacerbarem durante a discussão em casa, pode ser uma boa ideia fazer um **INTERVALO**. O tempo limite de um intervalo é entre 10 a 15 minutos, o que permite que todos se acalmem. Certifiquem-se de que a discussão continua após o término da pausa.

SESSÃO 6

Prevenção, Planeamento e Término

Material necessário:

1. Manual dos Adolescente
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break
4. Certificado de Participação para os Adolescentes

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão Conjunta com os Pais
- B. Questionário do Humor
- C. Manter os Ganhos
- D. Reconhecimento Precoce e Prevenção da Depressão
- E. Revisão dos Conteúdos do Projeto
- F. Finalização do projeto

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Objetivo:

1. Verificar as opiniões dos adolescentes relativamente à sessão conjunta com os pais.

Enfermeiro: Pedir que os adolescentes exponham as suas opiniões acerca da sessão conjunta com os pais.

1. Como se sentirão ao utilizar o processo de resolução de problemas com os vossos pais?
2. Como foi para vocês ter os vossos pais a utilizar este processo para resolver um conflito?
3. Comparem como era antes e depois a resolução de problemas com os pais?
4. Conseguiram terminar de resolver o problema que estavam a tentar solucionar na aula?

5. Estão a cumprir o contrato?

QUESTIONÁRIO DE HUMOR

Objetivos:

1. Preencher um Questionário de Humor.
2. Comparar a pontuação do “Início do Projeto” com a pontuação do “Fim do Projeto”.

Enfermeiro: Entregar aos adolescentes o Questionário de Humor.

A primeira coisa que vamos fazer hoje é preencher o Questionário de Humor. Eu serei o único a ler as vossas respostas, então, por favor, respondam honestamente.

Para avaliarem o questionário, somem todos os números que assinalaram. Se marcaram mais de um número para uma declaração, somem apenas o maior número. Vão perceber que os números de quatro das afirmações (# 4, # 8, # 12 e # 16) estão apresentados por ordem inversa. Isso foi feito de propósito e a vossa pontuação correta também deverá ser aquela que assinalaram. Adicionem aos outros números.

Depois de terem avaliado o questionário, **COMPAREM** com a pontuação do primeiro questionário no início do curso.

Espero que muitos notem uma diminuição em vossas pontuações. Se não virem nenhuma diminuição, não se sintam desencorajados. Algumas pessoas **DEMORAM A ATÉ TEREM RESULTADOS** no curso, e o seu humor só melhora várias semanas depois.

Para os que não viram uma diminuição na sua pontuação, notaram alguma outra mudança positiva? Por exemplo, o vosso relacionamento com os vossos pais melhorou?; estão a dar-se melhor com os vossos amigos?;

Enfermeiro: Recolha os Questionários de Humor concluídos dos alunos. Verifique a pontuação e registe os totais durante o intervalo. Devolva os questionários aos alunos após o intervalo.

MANTER OS GANHOS

Objetivo:

1. Ajudar cada adolescente a identificar as áreas problemáticas do cotidiano e selecionar habilidades para lidar com elas.

Enfermeiro: Cada um de vocês disponibilizou muito trabalho e tempo para praticar novas habilidades e tentar alterar **MODOS DE PENSAMENTO E COMPORTAMENTO** neste projeto. Espero que tenham encontrado algo que vos ajude a ganhar controle sobre seu humor.

Todos nós experimentamos dificuldades quotidianas ou problemas ao longo do tempo. Isto é normal.

No entanto, essas pequenas coisas podem **ACIDENTALMENTE SURGIR** e fazer-nos sentir deprimidos.

Se forem tomadas medidas para **MANTER OS GANHOS**, poderão minimizar os efeitos dessas dificuldades no vosso dia-a-dia. Lembrem-se: é mais fácil evitar problemas do que livrar-se deles assim que eles começam.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 59 do Manual.

Atribua prioridades às áreas problemáticas usando o Formulário da página 59. Quais são as mais importantes para trabalharem?

1. Quais são as áreas problemáticas principais no vosso dia-a-dia? Não incluam grandes catástrofes ou grandes problemas causadores de stress. Apenas registem as situações medianas / contrariedades.
2. Descrevam algumas maneiras de lidar com esses problemas diários. Quais são as habilidades mais eficazes para lidar com essas questões quotidianas? Podem usar essas habilidades todos os dias? Que tal toda semana?
3. Como poderão lembrar-se de usar essas habilidades diariamente ou semanalmente. Que tipo de lembretes funcionam melhor?

4. Para prevenir a depressão, tentem **UTILIZAR ESTAS TÉCNICAS NA VOSSA VIDA DIÁRIA**, para que possam lidar com as dificuldades diárias efetivamente.
-

RECONHECIMENTO PRECOCE

Objetivo:

1. Descrever os sintomas da depressão e enfatizar a importância de os adolescentes continuarem a monitorizar o seu humor.

Enfermeiro: Como mencionado anteriormente, prevenir a depressão é muito mais fácil e menos doloroso do que tratar a depressão quando ela se torna muito mais grave. Além do Plano de Prevenção, também é importante **RECONHECER OS SINTOMAS E SINAIS DE DEPRESSÃO COM ANTECEDÊNCIA**.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para irem para a página 60 do Manual.

Enfermeiro: A Depressão tem sintomas, assim como uma constipação comum ou uma gripe. Por exemplo, alguns dos sintomas da gripe são febre, dores musculares, dor de cabeça e perda de apetite. Os sintomas de depressão são apresentados na página 60 do Manual.

Reveja estes sintomas com cuidado. Se tiver apenas um ou dois deles, pode não ser depressão. Mas se tiver vários desses sintomas ao mesmo tempo, e estiverem presentes durante um período mínimo de uma a duas semanas, então pode ser depressão.

Para ajudar a prevenir a depressão, devem **REVER ESTES SINTOMAS** a cada semana aproximadamente. Têm algum deles? Há quanto tempo os têm? Sentem-se tristes?

Se acharem que estão um pouco deprimidos ou tristes, trabalhem para manter os vossos ganhos (ver a página 59). Se estiverem muito deprimidos consultem o vosso médico ou enfermeiro de referência.

Não esperem que a depressão se vá embora sozinha. Às vezes isso acontece, mas é melhor **REALIZAREM AÇÕES EFETIVAS** para que isso aconteça mais rápido.

Aqui estão algumas outras maneiras de acompanharem o estado da vossa depressão e humor:

1. Preencher o Questionário do Humor (uma vez por semana, uma vez por mês – Anexo do Manual);
2. Usar um Diário de Humor (Anexos do Manual).

RESUMO DO PROJETO

Objetivo:

1. Resumir o desempenho dos adolescentes ao nível das competências adquiridas de comunicação e resolução de problemas.

Enfermeiro: Como esta é a última sessão, é um bom momento para pensar nas mudanças que têm feito e todas as coisas que aprenderam.

Aqui estão alguns dos tópicos que abordamos:

- Escuta ativa e auto-revelação (comunicação).
- Negociação e resolução de problemas.

Quais habilidades e / ou técnicas foram mais importantes? (conduzir uma breve discussão)

ENCERRAMENTO O CURSO

Comentários finais

Enfermeira: É importante adaptar a mensagem que fornecem ao grupo de adolescentes. As palavras específicas que usar são menos importantes que o próprio processo. As questões a serem pensadas são: os alunos têm esperança e otimismo? As metas são específicas e realistas? Eles tiveram a oportunidade de partilhar os seus sentimentos sobre a experiência do projeto? Existe uma sensação de encerramento?

Começos e finais são tempos importantes. Entre outras coisas, eles fornecem uma oportunidade de planear e refletir.

Formámos um grupo coeso e solidário e cada um de nós passou a depender do grupo e das reuniões regulares de alguma forma. Talvez devamos esperar um pouco de decepção quando o projeto terminar e, portanto, é importante desenvolver um plano para lidar com isso. Por exemplo, poderão querer aumentar o número de atividades agradáveis durante a próxima semana e, em particular, incluir atividades sociais.

Enfermeiro: Fechar com comentários sobre ter gostado do grupo, orgulhar-se do progresso que todos fizeram, etc. Reservar um tempo para que outros façam observações, se quiserem, e cheguem a um sentimento de encerramento.

Usar o tempo restante para a socialização em grupo e fazer breves contatos pessoais com cada adolescente. Dar a cada adolescente um Certificado de Participação.

FIM

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação das Sessões

Avaliação da Sessão

Identificação da Sessão

Local: _____
Sessão Nº: _____
Formador: _____
Data: ____/____/____

Após a realização desta Sessão, torna-se agora importante refletir sobre os conhecimentos adquiridos e a atividade educativa desenvolvida. Considera-se que a sua opinião é de elevada importância para promover a melhoria da eficiência de novos Sessões e Projetos.

Deste modo, solicita-se que seja preenchido o seguinte inquérito, de caráter confidencial, com o objetivo de se ficar a conhecer a sua apreciação acerca da sua satisfação relativamente aos objetivos, conteúdos, materiais pedagógicos e formadores durante a realização desta Sessão.

Instruções de Preenchimento:

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada em baixo, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4	5

Critério	1	2	3	4	5
Objetivos					
Classifique a clareza na definição dos objetivos da sessão.					
Classifique o grau de concordância entre as suas expetativas e os objetivos da sessão					
Avalie o grau de realização dos objetivos propostos					
Conteúdos					
Avalie a utilidade dos temas tratados para o desempenho do seu quotidiano					
Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu quotidiano					
Classifique o nível de alterações que esta formação pode provocar / estimular no humor					
Materiais Pedagógicos					
Classifique a utilização dos meios audiovisuais					
Classifique a qualidade da documentação distribuída					
Classifique a quantidade da documentação distribuída					
Formador (es)					
Domínio dos temas tratados					
Motivação da participação do grupo					
Clareza da comunicação					
Prestação de esclarecimentos					
Utilização de metodologia facilitadora de aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos					

Observações / Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II
Diário do Humor

Usa a escala apresentada em baixo para avaliares o teu humor. Assinala o teu humor diário nas caixas que estão apresentadas. Marca e liga o número que corresponde ao teu humor de modo a verificares como ele vai alterando ao longo do tempo.

1		-		2		-		3		-		4		-		5		-		6		-		7	
Muito Triste							Humor Normal														Muito Feliz				

7	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo		

7	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo		

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. Disponível em: <https://blogs.sapo.pt/cloud/file/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for adolescent groups adolescent coping with depression course.
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for parent groups adolescent coping with depression course.
- Eskin, M. (2013a). Assessment in Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 129-145). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000097>.
- Eskin, M. (2013b). Components of Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 17-27). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000036>.
- Eskin, M. (2013c). Definition and Concepts. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 1-7). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000012>.
- Eskin, M. (2013d). Efficacy of Problem-Solving Therapy in Treating Mental Health Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 73-93). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000061>.
- Eskin, M. (2013e). The Practice of Problem-Solving Therapy and the Applied Patient Groups. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 95-99). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000073>.
- Eskin, M. (2013f). Problem-Solving and Psychological Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 49-72). Oxford:

- Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012398455500005X>.
- Eskin, M. (2013g). Processes and Sessions of Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 147-180). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000103>.
 - Eskin, M. (2013h). Psychotherapy: Principles, Skills, Characteristics, Difficulties, and Change Processes. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 101-128). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000085>.
 - Eskin, M. (2013i). Theoretical Approaches to Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 29-47). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000048>.

APÊNDICE V – Manual do Enfermeiro para Pais

Índice

<u>Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P)</u>	326
<u>SESSÃO 0</u>	334
<u>Depressão e Competências Sociais</u>	334
<u>SESSÃO 1</u>	350
<u>Comunicação 1</u>	350
<u>SESSÃO 2</u>	362
<u>Comunicação 2</u>	362
<u>SESSÃO 3</u>	376
<u>Negociação e Resolução de Problemas 1</u>	376
<u>SESSÃO 4 Conjunta</u>	394
<u>Negociação e Resolução de Problemas 2</u>	394
<u>SESSÃO 5</u>	402
<u>Prevenção, Planejamento e Término</u>	402
<u>ANEXOS</u>	411
<u>ANEXO I</u>	412
<u>Questionário de Avaliação das Sessões</u>	412
<u>Bibliografia</u>	322

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P)

Apresentação do Projeto

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente *Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A)* (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Este projeto foi desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C do Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa.

O CRP-A/P, incorpora apenas as partes do CWD-A relativas à comunicação e à resolução de problemas e negociação. A escolha destes aspetos deve-se ao facto de se verificar que na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas, em particular na presença de patologia depressiva. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013).

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos próprios intervenientes, desenvolvendo-se assim as competências familiares no âmbito da

resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Para o presente projeto, foram considerados critérios de inclusão e exclusão para os participantes, de acordo com os pressupostos do CWD-A:

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Ter diagnóstico de depressão ou alterações de humor de acordo com o DSM-5;
- Ter entre 15 e 18 anos de idade (5ºano e 12ºano);
- Competências de leitura superiores ao 5ºano.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Diagnóstico de doença bipolar, distúrbio de pânico, distúrbio de conduta, esquizofrenia;
- Presença de doença com défices cognitivos;
- Risco extremo de suicídio, depressão grave.

Pelo exposto foram definidos como objetivos gerais para este projeto:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Considerou-se, como objetivos específicos, para este projeto:

- Explicar a psicopatologia da depressão, definindo a sua sintomatologia principal;
- Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
- Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;
- Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;

- Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
- Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

Protocolo do projeto e sessões

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

7. Aplicação de questionário sócio demográfico a adolescentes e pais / cuidadores;
8. Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
9. Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores;
10. Realização das sessões (descritas de seguida)
11. Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
12. Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores.

Conteúdos do Projeto para os Pais / Cuidadores

OBS: Antes de se dar início ao projeto todos os pais deverão preencher um questionário sociodemográfico.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 1 1º dia	Sessão 0	9. Definição da agenda 10. Introdução ao projeto 11. Definição dos objetivos 12. <i>Guidelines</i> para o projeto 13. Conceitos apresentados aos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica para conhecer o grupo Metodologia expositiva para introduzir o projeto, os objetivos, definir a agenda. Metodologia expositiva para definir as <i>guidelines</i> do projeto. Metodologia expositiva sobre conceitos da Depressão, com base em exemplos.
	Depressão e Competências Sociais	Reações e Questões Intervalo 14. Perspetiva da depressão 15. Competências sociais 16. Definição do trabalho para casa 17. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> Metodologia expositiva sobre a personalidade de três partes e espirais emocionais, com interação com os pais com base em exemplos. Metodologia expositiva com grupo sobre como ser uma pessoa amigável. Atividade de grupo utilizando as competências sobre ser amigável através de breve entrevista e apresentação do colega. Atividade de grupo sobre feedback construtivo.
Semana 1 2º dia	Sessão 1 Comunicação 1	5. Definição da agenda 6. Princípios da comunicação Reações e Questões Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> Metodologia expositiva, com base em exemplos. Atividades em grupo sobre comunicação (dificuldades comunicacionais e escuta ativa).

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 2 1º dia	Sessão 2 Comunicação 2	7. Diferentes abordagens para escutar	
		8. Definição do trabalho para casa	
		9. Avaliação da sessão / Feedback	
Semana 2 2º dia	Sessão 3 Resolução de problemas e negociação 1	7. Definição da agenda	
		8. Verificação do exercício de casa	
		9. Escuta ativa: julgar vs compreender	
Semana 2 1º dia	Sessão 2 Comunicação 2	10. Expressar os sentimentos positivos	
		Reações e Questões	
		Intervalo	
Semana 2 2º dia	Sessão 3 Resolução de problemas e negociação 1	11. Expressar sentimentos negativos	
		12. Definição do trabalho para casa	
		13. Avaliação da sessão / Feedback	
Semana 2 1º dia	Sessão 2 Comunicação 2	10. Definição da agenda	
		11. Verificação do exercício de casa	
		12. Justificar a negociação e resolução de problemas	
Semana 2 2º dia	Sessão 3 Resolução de problemas e negociação 1	13. Regras básicas para resolver desentendimentos	

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
		Reações e Questões	
		Intervalo	
		14. Definir o problema	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão em grupo sobre a definição de problema entre adolescentes e pais e posteriormente utilizar escuta ativa para responder aos mesmos.
		15. Brainstorming	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva para a explicação de brainstorming.
		16. Escolha de soluções	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade em grupo com prática de brainstorming sobre problemas típicos entre pais e adolescentes.
		17. Implementação e contrato	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva para a escolha de uma solução e atividade de grupo com proposta de soluções para um problema.
		18. Definição do trabalho para casa	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade em grupo para discutir em ambos os papéis as soluções possíveis para uma determinada situação.
		19. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva para a implementação e contrato. • Atividade em grupo para praticar a escrita de um contrato. • Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas através da constituição de “famílias”.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 3 1º dia	Sessão 4 Resolução de problemas e negociação 2	4. Definição da agenda	<ul style="list-style-type: none"> Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas em conjunto com os adolescentes.
		5. Verificação do exercício de casa	
		6. Resolução de problemas guiada com os adolescentes	
		Reações e Questões	
		Intervalo	
		7. Avaliação da sessão / Feedback	
Semana 3 2º dia	Sessão 5 Prevenção, Planeamento e Término	7. Definição da agenda	<ul style="list-style-type: none"> Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos pais sobre da sessão conjunta com os adolescentes. Metodologia expositiva e interativa sobre os conteúdos do projeto. Metodologia expositiva sobre como manter os ganhos adquiridos no projeto. Metodologia expositiva sobre reconhecimento e prevenção precoce da depressão. Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos pais sobre o projeto. Entrega de certificados de participação.
		8. Revisão da sessão conjunta com os adolescentes	
		9. Manter os ganhos	
		10. Revisão dos conteúdos do projeto	
		Reações e Questões	
		Intervalo	
		11. Lidar com problemas diários grandes eventos da vida	
		12. Reconhecer e prevenir a depressão	
		13. Finalização do projeto	

Obs: Na primeira e última sessão pretende-se aplicar a escala FES para avaliação do Ambiente Familiar.

Avaliação do Projeto

Para além da aplicação dos questionários previamente mencionados, será também aplicado um questionário de avaliação das sessões aos pais e adolescentes de modo a analisar a sua perceção face aos conteúdos, formador e globalidade do projeto (Anexo I).

SESSÃO 0
Depressão e Competências Sociais

Material necessário:

4. Manual dos Pais
5. Canetas e Lápis
6. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- L. Introdução ao Projeto
 - M. Definição dos Objetivos
 - N. Guidelines das Sessões para Adolescentes
 - O. Conceitos Apresentados as Adolescentes
 - P. Perspetiva da Depressão
 - Q. Competências Sociais
 - R. Definição do trabalho para casa
 - S. Avaliação da Sessão
-

Objetivos:

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Explicar o formato geral do projeto e os objetivos.
3. Ajudar o grupo a conhecer-se.

APRESENTAÇÃO DO GRUPO

É importante colocar alguns sentimentos na declaração de apresentação para que os pais se sintam envolvidos e cooperem o máximo possível.

Enfermeiro: Gostaria de dar as boas vindas a todos. O facto de estarem aqui é indicativo de que se preocupam com os vossos adolescentes e **QUEREM SER ATIVAMENTE ENVOLVIDOS EM AÇÕES PARA AJUDÁ-LOS**. Estamos empolgados com as competências que os vossos adolescentes vão aprender e praticar nas suas sessões de grupo, e estamos contentes que aqui estejam para os apoiar neste processo.

Apresente-se e discuta as suas qualificações e experiências. Acrescente algumas informações pessoais para se tornar mais "real" para os pais; seja tão revelador quanto possível sem se sentir desconfortável. Incentive os pais a fazer perguntas.

INTRODUÇÃO AO PROJETO:

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivas comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Pretende-se que este projeto seja desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que está a ser desenvolvido na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C.

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos próprios intervenientes, desenvolvendo-se assim as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Objetivos Principais:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Preenchimento de um questionário sociodemográfico
- Preenchimento do questionário FES (Escala de Ambiente Familiar).

Os alunos preencherão ainda a Escala BDI-II, que é a escala de avaliação de Depressão. O preenchimento da FES e BDI-II será realizado agora e também no final do projeto.

OBJETIVOS DAS SESSÕES E FORMATO GERAL DO PROJETO

Enfermeiro: Agora, gostaria de fornecer algumas informações básicas do projeto e sobre as sessões.

Hoje vamos falar de alguns temas que também serão discutidos no desenvolvimento do projeto. Terão todas as oportunidades que quiserem para fazerem perguntas e expressar quaisquer preocupações que possam ter. Haverá também algum tempo depois da sessão apenas para perguntas.

MANUAL DOS PAIS: Pedir para abrir o Manual.

Enfermeiro: Este manual é uma pasta de trabalho para os pais que contém informação e exercícios para cada sessão. É semelhante ao livro de exercícios usado pelos adolescentes, mas não é tão extenso.

Enfermeiro: Para cada sessão basicamente, existe uma tarefa importante.

PPT: Apresentar a tarefa: **Aprender e praticar competências de comunicação e negociação.**

Esta tarefa tem como **OBJETIVOS:**

- Ajudá-los a **APOIAR AS MUDANÇAS QUE OS VOSSOS ADOLESCENTES ESTÃO A FAZER.** Consideramos que se o Sr.(a) **ENTENDER** o que os adolescentes estão a desenvolver nas suas sessões, o Sr.(a) será mais bem-sucedido ao apoiar o esforço deles.
- Adicionalmente, pretendemos ajudá-lo a criar um **AMBIENTE FAMILIAR MAIS POSITIVO**, reduzindo as divergências e conflitos entre si e seu filho adolescente. Na maioria das famílias existem conflitos ocasionais entre adolescentes e pais, mas descobrimos que isso pode ocorrer com maior frequência quando os adolescentes estão deprimidos.

A nossa abordagem para reduzir conflitos é ensinar habilidades de comunicação, negociação e resolução de problemas tanto aos pais como aos adolescentes. O uso destas habilidades tornará o ambiente doméstico menos stressante, mais solidário e mais feliz. Essas mudanças podem ainda ter o benefício adicional de ajudar os vossos filhos a manter os ganhos obtidos no curso.

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para abrir o Manual na página 3.

Enfermeiro: Existe um **FORMATO GERAL** que seguiremos durante cada sessão. Isso está apresentado na parte superior da página 3 do vosso Manual. No início de cada Sessão, eu irei descrever a agenda da sessão. Depois, faremos uma revisão breve da última sessão e verificaremos o trabalho para casa (como os adolescentes, terão também algumas coisas para fazer entre cada sessão). De seguida, iremos aprender e praticar diversas competências de comunicação e resolução de problemas. No final da sessão, ficará definida uma pequena tarefa para concluir antes da nossa próxima sessão.

Alguma questão?

É importante que tentem participar em todas as sessões, dado que cada sessão se baseia nas sessões anteriores. Percebemos que nem sempre, nem todos poderão participar em todas as sessões por questões inerentes às suas vidas. No entanto, pedimos que limitem o número de vezes em que não participam, não atinja mais do que uma ou duas vezes no máximo.

PPT: Se tiver que estar ausente, por favor avise-nos para este número ou email.

Alguém tem dificuldades em vir às sessões?

ATIVIDADE DE GRUPO CONHECE-TE

Enfermeiro: Eu gostaria que todos participassem num breve exercício de aquecimento. Isto vai-nos ajudar a conhecermo-nos um pouco melhor. Vamos formar equipas com alguém que ainda não conhecemos. De seguida quero que cada um conheça o seu colega bem, de modo a poder apresentar essa pessoa para o resto do grupo. Descubram o máximo que puderem sobre o vosso colega: trabalho, atividades favoritas ou hobbies, número de filhos, animais de estimação, onde mora ou morou, etc. Têm entre 5 a 10 minutos para fazer isso. Podem começar.

Quando terminarem voltem a formar um grupo e apresentem-se uns aos outros. Quem gostaria de começar? (Reforçar o envolvimento e a participação)

CONCEITOS APRESENTADOS NAS SESSÕES DOS ADOLESCENTES

Objetivos:

1. Discutir as Guidelines para o grupo de adolescentes.
2. Apresentar as competências sociais do modelo da depressão.
3. Apresentar aos pais as competências abordadas nas sessões dos adolescentes.

GUIDELINES PARA AS SESSÕES DE ADOLESCENTES

Enfermeiro: As sessões adolescentes não são um grupo de encontro onde eles se sentam em círculo e dizem o que lhes vem à cabeça ou onde confrontam outros membros do grupo. As sessões são altamente estruturadas e concentram-se no ensino de uma ampla gama de competências que se mostram úteis para superar a depressão. As sessões podem ser pensadas como uma aula ou uma oficina.

Algumas regras gerais e diretrizes foram estabelecidas para conduzir as sessões de adolescentes. Essas diretrizes são necessárias para manter as sessões em funcionamento e sem problemas, de modo a garantir que as mesmas sejam produtivas e agradáveis. É importante que os adolescentes sigam essas regras, e eu irei lembrá-los se necessário. **ESTAS DIRETRIZES PODEM TAMBÉM SER BOAS PARA NÓS.** Elas ajudar-nos-ão a permanecer focados e construtivos. Essas regras estão descritas na página 3 do vosso Manual.

- 1. EVITAR CONVERSAS DEPRESSIVAS.** Isto ajuda o grupo a manter a atenção nos eventos positivos e nas mudanças que são suportadas por outros membros.
- 2. PERMITIR QUE CADA PESSOA TENHA TEMPO IGUAL.** Cada adolescente será encorajado a partilhar ideias, a fazer perguntas e a discutir as dificuldades com as técnicas apresentadas no projeto. A participação equitativa é muito importante para o bom funcionamento do grupo. Do mesmo modo, vocês também deverão seguir a mesma regra.
- 3. MANTER A REGRA DA CONFIDENCIALIDADE.** As coisas pessoais das quais os adolescentes falam no seu grupo não devem ser partilhadas fora do grupo, nem mesmo com os pais. Se quiserem saber o que está a acontecer nas sessões de grupo dos adolescentes, só poderão obter informações gerais. Eles não podem referir detalhes específicos sobre as sessões e sobre os outros colegas. O mesmo se deverá passar com vocês.
- 4. OFERECER SUPORTE.** Tentamos ensinar os adolescentes a não serem críticos relativamente aos outros e a focar mais a atenção nos aspetos positivos do que

naquilo que os outros estão a fazer ou a dizer. Eles devem mostrar aos outros membros de seu grupo que se importam, demonstrando que são atenciosos, que se respeitam, e devem evitar forçar os outros a fazerem algo que eles não querem fazer. Pretendemos que sigam o mesmo exemplo.

Enfermeiro: Alguém tem alguma dúvida acerca das Guidelines do Grupo?

PERSPETIVA DA DEPRESSÃO

Enfermeiro: Estima-se que existam mais de 300 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo pela Depressão (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2018).

No que diz respeito aos adolescentes, a incidência da depressão é muito variável de acordo com os estudos consultados, contudo, verifica-se que no final de um ano está estimado uma prevalência de cerca de 4% no término da adolescência. Estes valores podem chegar até aos 20% conforme as condições sociodemográficas da população. Dos estudos consultados sobressai ainda que a depressão aumenta significativamente após a puberdade, em particular no sexo feminino, onde o risco de ocorrer esta patologia aumenta para o dobro, comparativamente com o sexo masculino (Merikangas, Nakamura & Kessler (2009); Thapar, Collishaw, Pine & Thapar (2012); Maughan, Collishaw & Stringaris (2013); Mojtabai, Olfson & Han (2016)).

Ter Depressão é diferente das oscilações de humor e das respostas emocionais de curta duração que podem ocorrer durante o dia perante as experiências vividas no quotidiano. Dependendo da sua intensidade e durabilidade, este transtorno mental pode tornar-se um problema sério de saúde, promovendo o sofrimento da pessoa afetada e impedido que a mesma consiga realizar as suas atividades laborais, escolares e até mesmo familiares (OMS, 2018).

A depressão é um transtorno mental comum, que de acordo com a OMS (2018) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM 5, American Psychiatric Association, 2014) se define pela presença de sintomas como a tristeza persistente, a perda de interesse nas atividades das quais a pessoa normalmente gosta, associado a uma impotência na realização das atividades diárias, durante pelo menos duas semanas. Ademais, acresce a estes sintomas, a presença de perda de energia; alterações no apetite;

modificações no padrão do sono, ansiedade, diminuição da capacidade de concentração, dificuldade na capacidade de tomar decisões, inquietação, sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança e pensamentos de automutilação ou suicídio.

As causas da depressão são múltiplas, pelo que se constata que resulta de uma interação complexa entre fatores sociais, psicológicos e biológicos. Os estudos referem que as pessoas que passaram por eventos adversos na vida (desemprego, luto, trauma psicológico) têm maior probabilidade de desenvolver depressão. Há também referências de relações entre a depressão e saúde física, verificando-se que, por exemplo, a doença cardiovascular pode levar à depressão e vice-versa (OMS, 2018, APA, 2014).

A ocorrência destes variados problemas ao longo da vida de um adolescente e consequentemente de stress, expõe o adolescente a uma maior probabilidade de vir a sofrer de depressão.

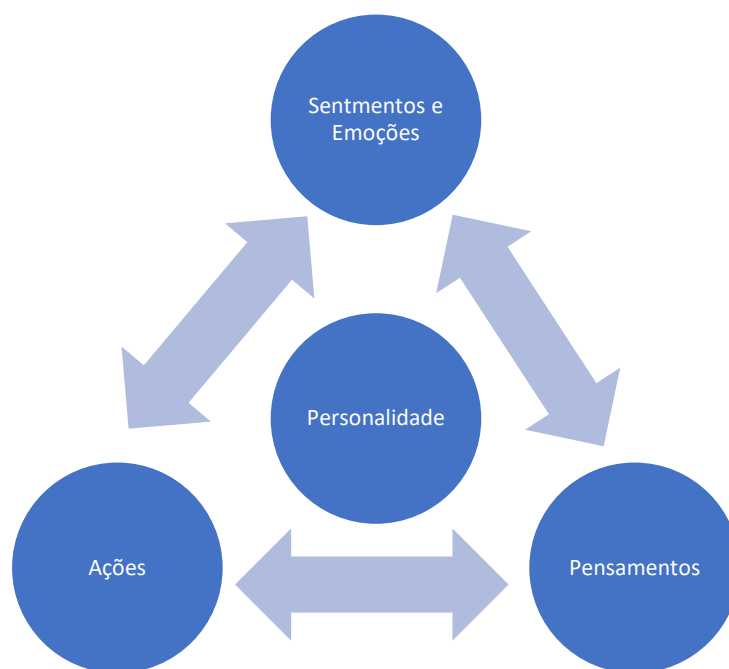
Mediante a aprendizagem de novas habilidades de resolução de problemas por parte dos adolescentes, de modo a controlar o seu humor e a lidar com o stress, é possível tratar a depressão na adolescência através de psicoterapias individuais ou em grupo ministradas por profissionais treinados e especializados (das quais se destaca a Terapia Cognitivo Comportamental) (Eskin, 2013) e que podem ser ou não associados a medicação antidepressiva.

Desta forma, o presente projeto, baseado no Adolescent Coping with Depression Course, pretende abordar os principais problemas que os adolescentes estão a vivenciar, verificando-se pela pesquisa que foi realizada até agora que a realização deste tipo de abordagem é eficaz na melhoria dos sintomas que os adolescentes com depressão apresentam (Eskin, 2013; OMS, 2018).

O CRP-A/P, incorpora apenas as partes do CWD-A relativas à comunicação e à resolução de problemas e negociação. A escolha destes aspetos deve-se ao facto de se verificar que na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013).

O projeto irá fornecer instruções supervisionadas sobre o uso de algumas habilidades e os adolescentes serão convidados a praticar novas técnicas em casa, na escola e noutros lugares também. Provavelmente irá notar que os adolescentes experimentam algumas dessas habilidades enquanto o grupo progride. Ao mesmo tempo, nós vamos em conjunto analisar essas técnicas para que vocês possam, individualmente com os vossos filhos, apoiar os seus esforços e ajudá-los a aprender.

PPT: Apresentar em Power Point o diagrama seguinte.



Enfermeiro: De acordo com esta perspetiva, pensamos que a nossa personalidade é um **SISTEMA CONSTITUÍDO POR TRÊS PARTES** composto por sentimentos, pensamentos e ações. O triângulo no Power Point também aparece na página 4 do vosso Manual. As três partes da nossa personalidade são **INTERATIVAS**; isto é, cada parte afeta a outras.

Qual é parte que acham **MAIS FÁCIL** de controlar ou mudar? (Deixar algum tempo para responderem)

Resposta: A maioria das pessoas tenta mudar as suas emoções, já que é nessa a área que apresenta problemas. Por exemplo, tentam sentir-se melhor primeiro, contudo as emoções são as mais difíceis de mudar. É muito mais fácil mudar primeiro os pensamentos e as ações e posteriormente mudar a forma como se sentem.

Enfermeiro: Quando as pessoas estão deprimidas, sentem-se abatidas e tristes, mas também experimentam mudanças nos pensamentos e ações.

Como acham que as pessoas **MUDAM OS PENSAMENTOS** quando estão deprimidas?
(Permita algum tempo para os pais responderem)

Resposta: Quando as pessoas estão deprimidas, os seus pensamentos tornam-se mais pessimistas, têm dúvidas sobre a sua capacidade de fazer as coisas que gostam e tendem a ver os outros e o mundo em geral de maneira mais negativa.

Como pensam que **MUDAM AS AÇÕES** das pessoas quando elas estão deprimidas?
(Permita algum tempo para os pais responderem)

Resposta: Elas deixam de fazer as coisas de que gostavam antes, tornam-se mais sossegados e retraídos, evitam situações sociais e tendem a ser passivos e facilmente irritáveis.

MANUAL DOS PAIS: Pedir para irem para a página 4 do Manual.

Enfermeiro: Como mencionamos anteriormente, cada uma das três partes da sua personalidade afeta as outras duas. Quando nos sentimos mal, temos menos probabilidade de fazer as coisas de que gostamos e começamos a ter dúvidas sobre nossa capacidade de ser bem-sucedidos ao realizar alguma coisa (por exemplo, fazer novos amigos). Isto promove aquilo a que chamamos de **ESPIRAL NEGATIVA ou DESCENDENTE**. Essa espiral é mostrada na página 4 do Manual.

Por outro lado, quando somos bem-sucedidos em algo e nos sentimos bem, ganhamos autoconfiança. Quando pensamos que podemos fazer algo bem, sentimo-nos bem e

estamos mais propensos a realizar mais coisas positivas no futuro. Esses eventos são mutuamente dependentes. Isto é denominado de **ESPIRAL POSITIVA ou ASCENDENTE**. Podem ver essa espiral na página 4 do Manual.

PPT: Mostrar espirais no Power Point.

Enfermeiro: Estas espirais podem mover-se em ambas as direções. O modo como se sente afeta como se comporta, do mesmo modo que afeta como pensa e como se sente, e assim sucessivamente

Estas são algumas das coisas que podem iniciar uma **ESPIRAL DESCENDENTE** na depressão:

1. Participar em algumas atividades divertidas ou positivas.
2. Sentir-se deprimido.
3. Fazer menos.
4. Pensamentos negativos (“Porquê preocupar-se em tentar?” “Ninguém gosta de mim”).
5. Sentir-se ainda pior e depois fazer ainda menos, etc.

Estas são algumas das coisas que podem começar uma **ESPIRAL ASCENDENTE**: Uma espiral positiva pode quebrar o ciclo negativo e revertê-lo.

1. Ser bem-sucedido em alguma coisa.
2. Sentir-se confiante
3. Fazer coisas mais divertidas.
4. Ter amigos.

Enfermeiro: A melhor abordagem é **TENTAR IMPEDIR OU INTERROMPER AS ESPIRAIS NEGATIVAS ANTES QUE ELAS SE TORNEM GRAVES**. O propósito desde projeto é ensinar habilidades que ajudarão os adolescentes a **MUDAR A ESPIRAL DE BAIXO PARA CIMA**.

Vamos trabalhar em particular para mudar as **AÇÕES**:

4. Melhorando as habilidades sociais - já começamos a fazer isso ao trabalhar com competências sociais.
5. Desenvolvendo habilidades eficazes de comunicação e resolução de problemas – foco principal de atenção.
6. Procurando aumentar as atividades agradáveis - fazer coisas mais divertidas.

Infelizmente não vamos ter tempo para trabalhar as mudanças de **PENSAMENTOS**:

3. Ao parar pensamentos negativos.
4. Ao aumentar pensamentos positivos.

Nem para mudar os **SENTIMENTOS**:

6. Ao mudar os pensamentos.
7. Ao mudar as ações.
8. Ao aprender habilidades de relaxamento.

Contudo, são áreas que podem ser sempre trabalhadas de forma individual.

COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Uma das áreas que trabalhámos com os adolescentes na primeira semana diz respeito às competências para ser uma pessoa amistosa e conhecer novas pessoas.

Enfermeiro: Competências para ser amistoso são essenciais para o **FUNCIONAMENTO SOCIAL**. Essa é uma das áreas de competências discutidas no grupo de adolescentes. Essas habilidades são importantes por vários motivos:

1. Competências sociais fracas podem levar a relacionamentos problemáticos que, por sua vez, podem levar ao isolamento, solidão e possível depressão.

2. Quando as pessoas estão deprimidas, as suas competências sociais são prejudicadas e tornam-se mais retraídas, menos ativas e menos divertidas.
3. Competências sociais, como qualquer outra competência, podem ser melhoradas através do treino e prática específicos. Todos nós temos algo em que precisamos trabalhar. Ninguém é perfeito.

Os adolescentes vão concentrar-se em melhorar as suas competências sociais, já que gostar de outras pessoas e ser querido por elas desempenha um papel importante para se sentir bem consigo mesmo. Eles aprenderam **COMPORTAMENTOS QUE TORNAM A INTERAÇÃO COM ALGUÉM EM ALGO POSITIVO**. Esses comportamentos incluem fazer contato visual, sorrir pelo menos uma vez durante uma conversa, dizer algo positivo sobre a outra pessoa e falar sobre si próprio. A **PRÁTICA** é uma parte importante das sessões de adolescentes e eles testarão essas habilidades uns com os outros em exercícios de role-playing.

Enfermeiro: Quem pode dizer-me porque são importantes as competências para ser uma pessoa amigável? (Deixar algum tempo para os pais responderem)

Resposta: Competências para ser uma pessoa amigável são importantes para conhecer pessoas e construir bons relacionamentos, o que ajuda a prevenir a depressão.

Para além destes aspetos, existem outros que podem ser trabalhados na categoria das **COMPETÊNCIAS SOCIAIS**, mas que infelizmente, neste projeto não serão desenvolvidos. Contudo, podem ser trabalhados de modo individual.

DÚVIDAS OU QUESTÕES

Objetivos:

1. Esclarecer qualquer mal-entendido sobre as sessões dos adolescentes.
2. Responder a quaisquer perguntas gerais que os pais possam ter.

- Agora que revimos as competências que os adolescentes aprenderão e praticarão nesta semana, têm alguma pergunta sobre as técnicas?
- Têm alguma dúvida sobre o formato das sessões?
- Consideram que este curso aborda os problemas que seu adolescente poderá estar a ter?
- O que acham que **PODEM FAZER PARA APOIAR AS MUDANÇAS** que os vossos filhos terão nas próximas semanas?
- Existem outras questões gerais?

TRABALHO PARA CASA

Esta semana o trabalho para casa dos vossos adolescentes foi:

1. Praticar as competências para serem **PESSOAS AMISTOSAS** que se encontram descritas no Manual do Adolescente e também no vosso Manual na página 5.
2. **LEMBRAREM-SE DE TRAZER TODAS AS SESSÕES O MANUAL DOS PAIS!!**

No que vos diz respeito, o vosso trabalho para casa, deverá ter em conta:

1. Participar na prática das competências para serem **PESSOAS AMISTOSAS** e interagirem do mesmo modo com o vosso adolescente.
2. **LEMBRAREM-SE DE TRAZER TODAS AS SESSÕES O MANUAL DOS PAIS!!**

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos aprender mais sobre competências de comunicação. Boas habilidades de comunicação são importantes para mudar situações que podem levar à depressão. A comunicação também nos ajuda a trabalhar quando não há mais nada que possamos fazer.

Obrigado pela vossa presença! Espero voltar a ver-vos dentro em breve para uma nova sessão!

SESSÃO 1
Comunicação 1

Material necessário:

1. Manual dos Pais
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
 - B. Verificação dos trabalhos para casa
 - C. Princípios da Comunicação
 - D. Diferentes abordagens para escutar
 - E. Definição do trabalho para casa
 - F. Questionário
 - G. Definição do trabalho para casa
 - H. Avaliação da sessão
-

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

Objetivos:

1. Discutir a importância da comunicação.
2. Introduzir e começar a usar termos e conceitos específicos.

Enfermeiro: Em todas as sessões, vamos trabalhar sobre comunicação e habilidades de negociação e resolução de problemas. **CONSIDERAMOS QUE AS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DESEMPENHAM UM PAPEL MUITO IMPORTANTE NA AJUDA AOS SEUS ADOLESCENTES.** A comunicação é a base de todas as interações e relacionamentos humanos e faz-nos sentir compreendidos, a controlar, a cuidar e a desenvolver bons relacionamentos.

Por outro lado, má comunicação promove sentimentos de incompreensão, isolamento, impotência e perturba relacionamentos. A falta de comunicação pode ser muito perturbadora, sendo este aspeto considerado vital para o nosso sentido de bem-estar e para a nossa qualidade de vida.

Definição de Comunicação: “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.” (Phaneuf, 2005, 23)

Princípios Gerais da Comunicação:

- A comunicação encontra-se em toda a parte (Encontra-se na nossa sociedade nos media, no olhar, nas expressões, nas roupas, na maneira de ser e até no silêncio);
- É impossível não comunicar (A linguagem do corpo fala por nós, mesmo quando não queremos falar transmitimos alguma coisa);
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo (No plano cognitivo transmitimos informações por meio de palavras, no plano afetivo transmitimos através do comportamento não verbal sentimentos e emoções que fazem subentender as palavras);
- A comunicação pode ser intencional ou acidental (Nas mensagens transmitidas as intencionais correspondem às necessidades do momento, enquanto que as acidentais são alimentadas pelas emoções, podendo ser contraditórias face aquilo que realmente as nossas palavras expressam);
- No caso de mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido (No caso de mensagens contraditórias a comunicação pode tornar-se falseada, uma vez que o inconsciente memoriza com maior facilidade as características como o tom de voz, a entoação ou o volume);
- A comunicação dificilmente é revertida (Uma má comunicação dificilmente é esquecida, causando má impressão no interlocutor);
- Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão tom à relação (O início de uma conversa permite o desenvolvimento de uma melhor relação interpessoal, ao passo que um mau começo dificilmente se consegue corrigir).

MANUAL DOS PAIS: Pedir para os pais irem para a página 7.

Estão aqui descritos **os pontos básicos da comunicação:**

1. Boa comunicação é uma habilidade que pode ser aprendida e praticada como qualquer outra habilidade.
2. A comunicação envolve um **REMETENTE** (ou orador) e um **RECETOR** (ou ouvinte). O remetente tem uma mensagem que ele quer que o recetor entenda. Isso parece simples, mas existem muitas maneiras pelas quais o processo se pode perder. Nós vamos começar por trabalhar técnicas de comunicação, praticar sobre como receber ou ouvir habilidades e depois, passaremos para o envio de habilidades. Durante uma conversa, as pessoas geralmente alternam entre as funções do remetente e recetor enquanto se revezam conversando e ouvindo um ao outro.
3. Toda a comunicação acontece dentro de um **CONTEXTO SOCIAL** que envolve outras pessoas. Existem muitos contextos sociais diferentes e cada um tem as suas próprias **REGRAS**. Considere as regras para conversar com o seu chefe. Agora considere as regras para conversar com seu adolescente. O que há de diferente no seu estilo de comunicação nesses dois contextos?

Enfermeiro: Deixar algum tempo para uma ou duas pessoas responderem. **O SEU ESTILO DE INTERAÇÃO MUDA** em termos de etiqueta, igualdade e abertura, dependendo do tipo de relacionamento que tem com a pessoa que está envolvida na conversa.

4. Em muitos casos, **AS REGRAS PARA A COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO ESPECÍFICO NÃO SÃO BEM DEFINIDAS** e podem fazer emergir problemas quando não são claras. Cada pessoa pode ter uma opinião diferente sobre quais são as regras, ou por outro lado as regras podem alterar-se porque a relação entre as duas pessoas também se modifica – algo que acontece quando os filhos se tornam adolescentes. Em certas situações os pais podem ter tido um bom conjunto de regras para conversar com os seus filhos quando eram mais jovens, mas atualmente as regras alteram-se e começam a existir problemas. De que forma consideram que as regras se modificaram?

Enfermeiro: Deixar algum tempo para os pais responderem.

As crianças esperam, há medida que crescem, ser tratadas mais como iguais e **OS ADOLESCENTES PODEM NÃO ESTAR TÃO ABERTOS ÀS SUAS SUGESTÕES COM ANTIGAMENTE**. Pais que estão habituados a relacionar-se com os seus filhos a um nível pai-criança, podem ter dificuldade em fazer a transição para um nível de relacionamento / tratamento adulto-adulto com seus adolescentes.

5. A comunicação geralmente envolve palavras, mas existem outras formas de enviar informações que não envolvem palavras. Nós chamamos isso **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**.

PPT: Demonstração de alguns exemplos em Power Point.

- A comunicação não verbal envolve expressões faciais.
 - O tom de voz também é importante.
 - E a linguagem corporal também contribui para passar a mensagem.
-
6. Enviar e receber informações é um **PROCESSO DELICADO**. Às vezes, a pessoa que está a ouvir recebe uma mensagem que não é aquilo que o orador pretendia comunicar. Denomina-se esta situação de **QUEBRA DE COMUNICAÇÃO**. Por exemplo, um pai pode dizer: "Eu não posso comprar esse telemóvel" e o adolescente ouve: "O meu pai não se importa comigo. Ele poderia comprá-lo se ele realmente quisesse. "

Enfermeiro: Pedir mais alguns exemplos sobre quebras de comunicação.

DIFERENTES ABORDAGENS PARA ESCUTAR

Objetivos:

1. Demonstrar três maneiras de responder ao que outra pessoa está a dizer: resposta irrelevante, escuta parcial e escuta ativa.
2. Praticar a escuta ativa.

Enfermeiro: ESCUTAR NÃO É UMA ATIVIDADE PASSIVA, gasta tempo e energia. Ouvir atentamente o que outra pessoa está a dizer pode ser um trabalho árduo.

Nesta abordagem sobre a comunicação devemos ter em atenção todas as experiências que tivemos anteriormente com "remetentes" e "recetores". Isto deve-se essencialmente devido ao facto de quando estamos a comunicar com alguém conhecido, colocarmos na nossa interação com essa pessoa um estilo pessoal de comunicação que se reflete nas situações pré-existentes. Habitualmente, fazemos suposições baseadas no passado. Por exemplo, o Sr.(a) pode estar relutante em oferecer sugestões para o(a) seu(sua) chefe porque um ex-chefe seu reagiu mal depois de ter sugerido fazer uma mudança. Ou talvez o Sr.(a). tenha desistido de tentar ouvir o seu filho mais novo porque não parece que esse método esteja a funcionar com o seu filho mais velho.

A forma como ouvimos também é afetada pela forma como nos sentimos. Quando estamos felizes, estamos mais propensos a interpretar uma mensagem ambígua ou obscura como positiva. Mas pelo contrário, quando estamos zangados ou deprimidos, somos mais propensos a interpretar uma mensagem ambígua como negativa.

Existem maneiras de ouvir que geralmente funcionam bem, e há outras maneiras que não funcionam assim tão bem ou que não funcionam mesmo. Nós vamos discutir e praticar três maneiras diferentes de responder a alguém que nos está a tentar transmitir uma mensagem:

RESPOSTAS IRRELEVANTES, ESCUTA PARCIAL E ESCUTA ATIVA

RESPOSTA IRRELEVANTE e ESCUTA PARCIAL

Quando alguém está a falar de algo e a outra pessoa responde sobre um tópico desconhecido, isso é chamado de resposta irrelevante. Por outras palavras, a outra pessoa age como se não tivesse ouvido o que o Sr.(a) tenha dito, ou como se aquilo que foi dito não tivesse importância. Por exemplo, um marido chega em casa depois do trabalho e a esposa diz: “Bem, finalmente recebi o relatório que era para ter sido enviado a semana passada!” e o marido diz: “A que horas é o jogo da bola?” Ou uma adolescente diz para a sua mãe:

“Posso falar contigo sobre um vestido incrível que eu vi na loja?” e a mãe responde: “Já limpaste o teu quarto? Eu não vou falar sobre nenhum assunto até esta confusão estar arrumada!”

ATIVIDADE DE GRUPO RESPOSTA IRRELEVANTE

Agora eu quero que se agrupem para formar um equipe com duas pessoas para que possamos experimentar este tipo de escuta. Escolham um tópico e conversem sobre isso. As vossas respostas **NÃO DEVEM ESTAR RELACIONADAS** com o assunto referido pelo vosso colega de equipe. Isso pode parecer estranho ou rude, no entanto é algo que pode estar a acontecer em casa com alguma frequência. Ajam como se não ouvissem o que o vosso colega de equipe diz e prestem atenção no modo como este tipo de estilo de comunicação vos faz sentir. **(Prazo: 2 minutos)**

Enfermeiro: Pedir a um(a) pai/mãe para fazer uma declaração e de seguida comentar sobre o mesmo assunto, mas deixando a sua resposta totalmente alheia ao que o mesmo disse.

3. Como se sentiram por fazerem uma declaração e ter o vosso colega a agir como se não vos tivesse ouvido?
4. Como se sentiram ao ignorar a declaração do vosso colega?

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA PARCIAL

Neste momento vamos demonstrar outro tipo de resposta denominada **ESCUTA PARCIAL**. Continuem a vossa conversa. Ouçam o que o vosso colega está a dizer, mas apenas com o objetivo de **MUDAR O ASSUNTO** para algo que tenha mais interesse para vocês. Por outras palavras, na escuta parcial devem prestar pouca atenção no assunto que a outra pessoa que está a falar e posteriormente usar a informação que ouviram para educadamente introduzir na conversa ideias vossas. Deverão utilizar **UMA PEQUENA PARTE** do que a outra pessoa disser, mas, conduzir a conversa numa direção diferente. Por exemplo, um adolescente diz: “Hoje o dia na escola foi péssimo.”, e a mãe responde: “O meu trabalho hoje também foi muito mau.” ou “Fui ao supermercado, passei no banco e ainda tenho que ir passar a ferro. Será que me podes dar uma ajuda?” ou um pai diz: “Recebi

uma promoção!” e o filho adolescente responde: “Porreiro! Quando é que me aumentas a mesada?”

Enfermeiro: Permaneça com o mesmo colega de equipa e pratiquem a escuta parcial.
(Prazo: 2 minutos)

1. De que forma se sentiram por o vosso colega ter mudado de assunto imediatamente a seguir a vocês terem feito a vossa declaração?
2. De que forma se sentiram por terem mudado de assunto logo após o vosso colega ter feito a declaração?

Este pode ser um estilo confortável ou rotineiro de resposta para alguns pais e como tal, alguns podem não ver nada de errado com isso.

ESCUA ATIVA

Agora vamos tentar um terceiro tipo de resposta chamado **ESCUA ATIVA**. Com esse tipo de escuta, **A MENSAGEM DO REMETENTE É O FOCO DA CONVERSA**. A escuta ativa ajuda-vos a entender a posição da outra pessoa. As três regras para escuta ativa estão descritas na página 7 do vosso Manual.

Enfermeiro: Dar uma explicação mais detalhada de cada uma das três regras.

Explicação:

1. Confirmar a mensagem do remetente pelas suas próprias palavras.
2. Começar as suas reformulações das frases como “Tu sentes que. . .” “Parece que tu pensas que. . .” ou “Vamos ver se entendi o que tu estás a dizer. . .”
3. Não mostrar aprovação ou desaprovação face à mensagem do remetente.

Por exemplo, vamos diferenciar escuta parcial de escuta ativa: A mensagem enviada: “Estou muito preocupada com a minha filha. Penso que ela está a ter maus resultados na escola, mas, não percebo o que está a acontecer.”

Escuta Parcial: “Não se preocupe, vai ver que tudo vai correr bem com os estudos da sua filha.”

Enfermeiro: Solicitar um exemplo aos pais sobre como responder com escuta ativa a esta situação. Como resposta poderíamos dizer: “Parece que está a dizer que se está a sentir apreensivo(a) porque as notas da sua filha não estão tão boas como antes, e ainda não descobriu se se está a passar algo com ela.”

A ESCUTA ATIVA não é uma competência fácil, mas é muito importante. Com o tempo e com prática pode sem dúvida melhorar as relações interpessoais.

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA ATIVA

Agora vamos formar equipas novamente e praticar a **ESCUTA ATIVA**. Desta vez, uma pessoa vai fazer **TRÊS DECLARAÇÕES** enquanto a outra pessoa usa a escuta ativa para responder. As vossas conversas neste momento devem ser diferentes das que tiveram durante as duas atividades anteriores. Em vez de ignorarem completamente o que a outra pessoa disse ou mudarem de assunto, o recetor deve reafirmar a mensagem sem introduzir nenhuma nova informação. A pessoa que ouve deve simplesmente focar-se no significado da mensagem do remetente.

Enfermeiro: O remetente começa por fazer uma declaração pessoal que diz respeito à vida familiar, como por exemplo: “Estou chateado porque a minha filha dorme muito tarde todas as noites”.

O recetor confirma a mensagem através das suas palavras. A confirmação deve começar com expressões como: “Tu sentes que...” ou “Parece que estás a dizer que...”

Posteriormente o remetente certifica se a mensagem foi recebida corretamente. No caso de existir uma **QUEBRA DE COMUNICAÇÃO OU A MENSAGEM NÃO TIVER SIDO CLARA PARA O OUVINTE**, o remetente deve reformular a mensagem e tentar novamente. Quando a mensagem do remetente for recebida com precisão e o remetente confirmar isso, este deve fazer uma nova declaração.

Enfermeiro: Pedir um voluntário e fazer um role-play sobre os dois passos da atividade. Peça ao pai/mãe para fazer uma declaração e responda de modo a confirmar a declaração inicial através da escuta ativa.

Decidam quem será o primeiro e sigam estes passos para cada uma das três declarações que cada um faz. De seguida, troquem os papéis para o colega fazer também um total de três declarações, enquanto a primeira pessoa confirma cada mensagem. O limite de tempo para esta atividade é de **5 minutos**. Há alguma pergunta?

Enfermeiro: Reforçar o desempenho dos pais pelos seus esforços. Não exija habilidades de parafrasear neste momento.

1. Como se sentiu ao fazer uma declaração e ao ter o seu colega a confirmar a mesma?
2. Como se sentiu ao repetir a declaração feita pelo seu colega com as suas próprias palavras?
3. Quando era o(a) Sr.(a) que estava a ouvir, teve dificuldade em entender a mensagem?
4. Quando era o(a) Sr.(a) que estava a falar ou a enviar a mensagem, achou que o recetor não recebeu a mensagem como pretendia?

MUITAS DIVERGÊNCIAS E CONFLITOS PODEM SER EVITADOS, UTILIZANDO AS COMPETÊNCIAS DA ESCUTA ATIVA.

Enfermeiro: Para ter certeza de que realmente entendeu a mensagem do remetente utilize esta habilidade. Por vezes a mensagem pode não ter sido claramente enviada ou pode não ter ouvido / recebido corretamente. Através da escuta ativa, temos a possibilidade de corrigir eventuais falhas de comunicação, uma vez que ao confirmar a mensagem em vez de reagir a ela, podemos esclarecer mal-entendidos antes que eles criem conflitos.

No grupo dos adolescentes, uma das **REGRAS DA ESCUTA ATIVA** definida foi **“Tu só podes falar por ti próprio depois de teres confirmado a mensagem do remetente.”** Esta regra é um lembrete útil acerca do que é a escuta ativa.

Deixar algum tempo para os pais fazerem questões e retirarem dúvidas.

TRABALHO PARA CASA

É necessário praticar para aprender novas habilidades. Pretendemos que em conjunto com os adolescentes, procure utilizar as habilidades de que falamos e as pratique no seu dia-a-dia. O seu foco de atenção até a próxima sessão serão as **COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO** abordadas hoje. Adicionalmente, queremos prepará-lo para as sessões de resolução de problemas que vão decorrer mais adiante neste projeto. Pretendemos que durante estes dias verifique a página 8 do seu Manual, no qual está indicado o que é necessário fazer.

1. A primeira parte do seu trabalho é praticar a escuta ativa pelo menos uma vez por dia. Apenas necessita de confirmar a mensagem do remetente pelas suas palavras, sem acrescentar nenhuma informação nova. Mantenha um registo do que acontece através o formulário da Escuta Ativa na página 9 o seu Manual. Registe a confirmação da mensagem do remetente e o que aconteceu. Pode praticar esta atividade com qualquer pessoa, mas tente fazê-lo pelo menos duas ou três vezes com seu filho(a) adolescente.
2. A segunda parte do seu Trabalho de Casa é **INICIAR REGISTO DE SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS COMUNS** ou conflitos entre si e seu filho(a) adolescente. Escolha de um a três problemas que gostaria de alterar. Para cada problema, preencha o formulário Situação Problemática (páginas 10 a 12 do seu Manual). Descreva o que acontece, quem está envolvido, como o Sr.(a) e o adolescente se sentem e como gostaria que tivesse acontecido. O preenchimento deste formulário irá auxiliar a identificação de alguns problemas que poderão ser trabalhados durante as sessões de resolução de problemas nas próximas sessões.

Enfermeiro: Rever o formulário Situação Problemática com os pais para explicar o preenchimento. Há alguma dúvida sobre o trabalho para casa?

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos falar e aprender mais sobre comunicação. Especificamente, vamos aprender sobre como comunicar sentimentos positivos e negativos.

Obrigado pela vossa participação nesta sessão de hoje. Fico à espera de vê-los na próxima vez!

SESSÃO 2
Comunicação 2

Material necessário:

1. Manual dos Pais
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
- B. Verificação dos trabalhos para casa
- C. Escuta ativa: Julgar VS Compreender
- D. Expor sentimentos positivos
- E. Expor sentimentos negativos
- F. Definição do trabalho para casa
- G. Avaliação da sessão

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Objetivos:

1. Rever a informação discutida na sessão anterior;
2. Esclarecer possíveis dúvidas da sessão anterior.

Enfermeiro: Tentar envolver ativamente os pais enquanto examinam os conceitos apresentados durante a última sessão. Sugere-se chamar os pais pelo nome e perguntar o que eles lembram sobre um determinado tópico. Elogie e apoie os esforços dos pais em participar e corrija gentilmente qualquer mal-entendido. O objetivo é tornar essa parte da sessão o mais interativa possível.

Na última sessão, discutimos por que as reuniões dos pais são tão importantes. **Quais são algumas das razões para as sessões dos pais?** (Resposta: O objetivo das reuniões de pais é ajudá-los a entender o que os adolescentes estão a aprender para que possam apoiar as mudanças que os seus filhos farão e praticar habilidades de comunicação e de solução de problemas e assim tornar o ambiente doméstico mais positivo.)

Falámos sobre as **diretrizes gerais para as sessões de adolescentes** e consideramos a ideia de usá-las nas nossas sessões. **Quais foram algumas dessas diretrizes?** (Resposta: Evitar falar em assuntos depressivos, permitir que cada pessoa tenha tempo igual, não expor as coisas pessoais faladas na sala e oferecer apoio.)

Abordámos também uma maneira de pensar sobre a depressão. **Quais foram alguns dos principais pontos?** (lembrem-se do triângulo de pensamentos, sentimentos e ações e das espirais negativas e positivas)?

Também falámos sobre **competências (sociais) para sermos pessoas mais amistosas** e do valor de praticar essas habilidades em casa.

Foi também introduzido o tema da importância da comunicação. **Porque é que uma boa comunicação é tão importante?** (Resposta: A Comunicação reduz o conflito, faz-nos sentir entendidos e cuidados e constrói bons relacionamentos.)

Nós também aprendemos que existem **três tipos de escuta**. **Quais eram eles?** (Resposta: Escuta irrelevante, escuta parcial e escuta ativa). Alguém pode descrever cada um deles? (Resposta: As respostas de **ESCUTA IRRELEVANTE** não estão relacionadas com a mensagem do remetente; as respostas de **ESCUTA PARCIAL** estão relacionadas com a mensagem do remetente, mas mudam o foco da conversa para o ouvinte; e **ESCUTA ATIVA** diz respeito à confirmação da mensagem do remetente pelas nossas próprias palavras sem um julgamento da parte do ouvinte. Na escuta ativa, o recetor concentra-se em entender a mensagem do remetente e incentiva o remetente a continuar a falar.

A escuta ativa é extremamente importante, mas é preciso praticar bem. Vamos ter em conta este exemplo. **Alguém pode pensar numa declaração que um adolescente poderia fazer para que eu possa demonstrar boas e más abordagens para ouvir?** (Após o exemplo demonstrar a escuta irrelevante, escuta parcial e escuta ativa).

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Vamos praticar o uso da **ESCUTA ATIVA**. Pensem em algumas declarações para usar como exemplos. As declarações devem estar relacionadas a algo pessoal, mas deve ser algo que estejam dispostos a partilhar com o grupo. Cada um fará uma declaração, e depois alguém irá usar as habilidades de escuta ativa para responder.

Fornecer reforço e feedback construtivo para os pais que participam da atividade.

Tempo para a atividade: 3 minutos.

VERIFICAÇÃO DO TRABALHO PARA CASA

Objetivos:

1. Rever a experiência de cada pai relativamente à realização do trabalho para casa.
2. Reforçar o esforço pela realização do trabalho para casa.
3. Discutir soluções para quem teve dúvidas acerca do trabalho para casa.

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 9 do Manual, referente à sessão anterior.

Enfermeiro: A primeira parte do vosso trabalho para casa era **PRATICAR** a **ESCUTA ATIVA** todos os dias e registá-la no formulário de Escuta Ativa na página 9. Quantos fizeram isso?

Ao fazer as seguintes perguntas, aguarde algum tempo para os pais responderem. O objetivo é fazer com que o grupo partilhe as suas experiências. Solicite feedback dos outros pais, elogie e apoie todas as tentativas de usar as habilidades de escuta ativa.

Quais foram algumas das situações? O que aconteceu? Houve algum problema?

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 10 do Manual, referente à sessão anterior.

A segunda parte do vosso trabalho era **DESCREVER ALGUNS PROBLEMAS POTENCIAIS** que podem estar a ocorrer em casa. Todos preencheram os formulários de Situação Problemática?

Alguém está disposto a partilhar um problema no grupo? Vou usar a escuta ativa para responder, então prestem atenção nas declarações de problemas e pensem nas minhas respostas. Os outros podem participar e praticar a escuta ativa também.

ESCUTA ATIVA: JULGAR VS COMPREENDER

Objetivos:

1. Explicar a diferença entre respostas que julgam e respostas que compreendem.

Enfermeiro: Aprendemos que uma maneira de evitar quebras de comunicação é que o ouvinte diga ao remetente o que ele acha que é a mensagem. Isso é chamado de uma resposta compreensiva. Esse tipo de resposta permite que o remetente saiba que o outro **OUVIU A MENSAGEM** e isso incentiva-o a contar mais.

Infelizmente, as pessoas geralmente respondem à mensagem do remetente com uma **RESPOSTA QUE JULGA**. Nesse caso, o recetor informa ao remetente o que ele acha da mensagem aprovando ou desaprovando, concordando ou discordando etc. Esse tipo de resposta tende a fazer com que as pessoas falem menos sobre como se sentem.

Às vezes, pode ser difícil distinguir entre uma resposta de julgamento e uma resposta de compreensão. Por exemplo, a declaração "sinto muito por ti" é uma resposta de julgamento ou uma resposta compreensiva?

Enfermeiro: Permitir que duas ou três pessoas respondam. (Resposta: É uma resposta de julgamento, dado que estamos a dizer à pessoa o que pensamos acerca daquilo que o remetente nos disse.)

É também importante lembrar que respostas positivas também podem ser respostas que julgam.

Enfermeiro: Têm alguma questão? Esta distinção é clara?

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 14 do Manual.

Esses dois tipos de respostas encontram-se apresentados na página 14 do Manual. Uma **RESPOSTA COMPREENSIVA** permite que o remetente saiba que a mensagem foi recebida com precisão e incentiva o remetente a expandir a mensagem.

UMA RESPOSTA QUE JULGA tende a tornar o remetente defensivo e pode levar a argumentos.

Enfermeiro: Solicite uma declaração pessoal de um dos pais. Peça aos outros pais que respondam com respostas de julgamento e de compreensão.

EXPOR SENTIMENTOS POSITIVOS

Objetivos:

1. Apresentar as regras para expor sentimentos.
2. Praticar a exposição de sentimentos positivos.

Enfermeiro: Abordamos a importância da escuta ativa, que se concentra em **RECEBER COMPETÊNCIAS**. Agora vamos falar em **ENVIAR COMPETÊNCIAS** e começaremos com a forma de expressar sentimentos positivos. Expressar sentimentos positivos promove a comunicação e torna as outras pessoas menos defensivas. Do mesmo modo, expor os nossos sentimentos faz-nos sentir entendidos e desempenha um papel

significativo na resolução de conflitos. Mesmo que a auto-revelação envolva a realização de declarações positivas, não é necessário revelar seus sentimentos mais íntimos.

REGRAS DA AUTO-REVELAÇÃO

Enfermeiro: É importante que expressem os vossos sentimentos de maneira a facilitarem ao ouvinte a receção da vossa mensagem. Existem **OITO REGRAS** para fazer isso de forma eficaz. Observem que a maioria dessas diretrizes se aplicam a sentimentos positivos e negativos. Observem no vosso Manual as regras descritas na página 14.

1. A auto-revelação envolve honestidade na forma como se conta uma situação sobre si próprio ou como se expressa um sentimento acerca de uma pessoa.
2. A auto-revelação não significa revelar todos os detalhes íntimos dos seus pensamentos e sentimentos.
3. Um relacionamento é fortalecido quando expressam a vossa reação a eventos que ambas as pessoas vivenciaram ou quando expressam os vossos sentimentos relativamente ao que a outra pessoa diz ou faz.
4. Esconder as vossas reações (positivas ou negativas) ao comportamento de outra pessoa não melhora o vosso relacionamento com essa pessoa.
5. A auto-divulgação envolve alguns riscos.
6. Se o comportamento de uma pessoa o incomoda, deve dizer à pessoa como se sente em relação ao comportamento dela.
7. Quando revela os seus sentimentos, o relacionamento que tem com a outra pessoa e a situação em que está devem ser levados em consideração.
8. A auto-revelação é um processo que envolve ambas as pessoas de um relacionamento.

Uma boa declaração de sentimentos tem duas partes. Primeiro descreve **COMO REAGIU** (o seu sentimento), e depois descreve **O QUE ACONTECEU** (o comportamento ou evento específico).

Enfermeiro: Nesta primeira parte da sessão, vamos trabalhar o desenvolvimento de sentimentos positivos. Durante a segunda parte, vamo-nos concentrar em sentimentos negativos.

SENTIMENTOS POSITIVOS

Enfermeiro: Quando se está a revelar sentimentos positivos, é útil **DESCREVER O SENTIMENTO** e depois **EXPLICAR POR QUE SE SENTE DESSE MANEIRA**. Descrever sentimentos pode parecer estranho no começo. A melhor maneira de fazer isso é **USAR** o verbo sentir "**SENTIR**" associado a palavras que descrevam emoções como triste, feliz, assustada, zangada, confusa, irritada, chateada e satisfeita.

Quando fazemos declarações sobre os nossos sentimentos, descrevemos a consequência ("eu sinto ...") e depois a razão ("quando tu ..."). Por exemplo, uma declaração de sentimento simples pode ser algo como "Tu fazes-me feliz". Não há problema em dizer isto a alguém, mas a afirmação será mais eficaz se dissermos isto de forma mais **ESPECÍFICA**: "Sinto-me feliz quando sorris". Uma declaração específica é melhor porque diz à outra pessoa o que ela fez para que o próprio se sinta assim. Como poderíamos fazer a declaração "Tu entendes-me" mais especificamente? (Possível resposta: "Eu sinto que tu me entendes porque tens tempo para me ouvires.")

Em vez de dizer: "Todos pensam que tu és porreiro", é melhor fazer as suas declarações de sentimento positivo de modo **PESSOAL** e dizer algo como "Eu sinto-me sortudo por ter um amigo como tu, porque és um dos homens mais porreiros que conheci." Ao fazer-mos uma declaração específica dizemos à outra pessoa o que ela está a fazer para nos fazer feliz.

Enfermeiro: Há alguma pergunta?

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Vou ler várias declarações e quero que me digam se são boas declarações de sentimento positivo.

"Tu és sempre tão positivo que eu sinto-me confortável, e posso ser eu mesma quando estou perto de ti." (Resposta: Esta é uma boa declaração de sentimento positivo. É uma descrição clara de como a pessoa se sente quando está com a outra pessoa. A declaração também identifica o que a outra pessoa faz [ser positivo] que faz o outro sentir-se bem.)

"Todos nós sentimos que és ótimo." (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal de sentimentos positivos. Primeiro, o remetente não fala por si mesmo, mas esconde-se atrás da frase "NÓS sentimos". Além disso, a afirmação "és ótimo" é um julgamento de valor e não descreve um sentimento pessoal.)

"Eu sinto-me confortável no meu grupo." (Resposta: Esta afirmação de sentimento positivo é um pouco vaga. A pessoa começa com a frase "Eu sinto-me confortável", que é a consequência. A razão para se sentir assim está implícita, mas não está claramente especificada. A pessoa está a insinuar que há algo no facto de pertencer a um grupo. Particularmente, faz a pessoa sentir-se confortável. O que significa realmente "o meu grupo"? Podemos supor que o sentimento positivo da pessoa vem da aceitação, da consideração positiva, do apoio e do cuidado que é fornecido pelos membros do grupo.)

"Eu sinto que todos se importam por eu pertencer a este grupo." (Resposta: Esta não é uma boa declaração de sentimento positivo. Em essência, a pessoa está a dizer: "Acredito", em vez de "Eu sinto". A declaração descreve o que a pessoa acredita relativamente ao que outras pessoas sentem em vez de comunicar um sentimento pessoal. A declaração poderia ser expandida para se tornar uma afirmação de bom sentimento positivo, por exemplo, "Eu sinto-me aceite e confortável neste grupo porque todos parecem importar-se com o facto de eu pertencer a este grupo".

Enfermeiro: Vamos tirar um minuto ou dois para praticar. Quero que cada um escreva um exemplo de uma boa **DECLARAÇÃO DE SENTIMENTO POSITIVO** na margem do seu caderno de trabalho. Posteriormente pedir que cada um dos pais leia o seu exemplo em voz alta, e o resto do grupo irá praticar respondendo com **ESCUTA ATIVA**.

Peça agora uma declaração de sentimento positivo de um membro do grupo e responda com uma **RESPOSTA COMPREENSIVA**. Em seguida, peça a um dos pais que leia uma declaração de sentimento positivo e peça a um segundo pai que responda com **ESCUTA ATIVA**. Proporcionar amplo encorajamento e apoio, uma vez que esta atividade requer uma ordem de habilidade relativamente alta.

Há alguma pergunta?

EXPOR SENTIMENTOS NEGATIVOS

Objetivos:

1. Discutir a importância de expressar sentimentos negativos.
2. Praticar a expressão de sentimentos negativos.

Enfermeiro: Agora vamos praticar a expressão de sentimentos negativos. As pessoas frequentemente fazem coisas que nos incomodam. Se dissermos às outras pessoas sobre os nossos sentimentos negativos **DE FORMA CONSTRUTIVA**, geralmente estarão dispostos a ouvir e talvez a tentar mudar a situação. A melhor maneira de fazer isso é muito semelhante à abordagem que discutimos anteriormente para expor os nossos sentimentos positivos.

Alguém me pode dizer outras razões pelas quais é importante expressar sentimentos negativos? (Discuta as respostas do grupo e incentive a participação.)

É útil expressar os nossos sentimentos negativos para com as pessoas que estão à nossa volta e com quem nos importamos. Se não se importam com alguém, ou se não têm nenhum desejo de promover um relacionamento, então podem **EVITAR A SITUAÇÃO**. Por exemplo, se encontrarem um empregado de balcão irritável, provavelmente não vale a pena dar a essa pessoa um feedback sobre seu comportamento, porque podem nunca mais ver essa pessoa. Expressar sentimentos negativos para fazer alguém sentir-se mal não é o tipo de comportamento que encorajamos.

Já aprendemos a usar as **DECLARAÇÕES DE SENTIMENTO** para revelar as nossas reações positivas. As declarações de sentimentos também podem ser usadas para expressar as nossas reações e sentimentos negativos sobre o que outras pessoas estão a fazer. Geralmente é muito mais difícil expressar sentimentos negativos do que expressar sentimentos positivos, mas essa é uma habilidade importante para construir relacionamentos saudáveis.

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 15 do Manual.

GUIDELINES PARA EXPOR SENTIMENTOS NEGATIVOS

Enfermeiro: Estão três diretrizes para expressar sentimentos negativos de maneira efetiva e construtiva na página 15 do Manual. Vamos analisá-las uma de cada vez.

PPT: Apresentar as três diretrizes no Power Point ao discuti-las.

- 1. SEJA ESPECÍFICO** É importante ser preciso quando descreve os seus sentimentos negativos e o comportamento da outra pessoa que o causou. Caso contrário, o ouvinte pode não entender o que o incomodou. Por exemplo, a declaração "Estou com raiva de ti" diz muito pouco ao ouvinte; seria muito melhor dizer algo como "estou com raiva de ti porque não me ligaste ontem à noite como disste que farias".

- 2. DESCREVER OS COMPORTAMENTOS** A melhor abordagem é contar o que aconteceu sem fazer um julgamento. Se os julgamentos fizerem parte da sua mensagem, a outra pessoa ficará na defensiva e deixará de ouvir o que está a dizer. Lembre-se, o objetivo é que a outra pessoa entenda o que tem a dizer. Insultos são ainda piores; pode fazer com que se sintam melhor temporariamente, mas isso prejudicará o seu relacionamento com a outra pessoa.

Enfermeiro: Vamos considerar alguns exemplos que ilustram o caminho certo e o caminho errado para fazer isso.

- **BOM EXEMPLO** "Eu emprestei-te cinco euros há duas semanas atrás e tu ainda não me pagaste." Esta declaração é específica e não julgadora.
- **MAU EXEMPLO** "Tu és um ladrão! Nunca tiveste a intenção de devolver os cinco euros que te emprestei há duas semanas atrás." Esta declaração não descreve comportamentos específicos, faz julgamentos e inferências sobre a pessoa.

Enfermeiro: Alguém pode pensar em alguns outros bons exemplos?

Reveja os exemplos oferecidos pelos pais; fornece feedback e elogios construtivos

3. EXPRESSE OS SEUS SENTIMENTOS NEGATIVOS COM PALAVRAS

Se não declarar os seus sentimentos negativos com palavras, a mensagem é frequentemente comunicada de forma não verbal através da linguagem corporal. A linguagem corporal permite que a outra pessoa saiba que está chateado, mas não descreve porquê. É importante expressar os sentimentos abertamente com as palavras, especialmente quando se está a comunicar sentimentos negativos. É surpreendente a frequência com que nos esquecemos de fazer isso. Sentimentos negativos estão incluídos nas palavras irritado, preocupado, infeliz, triste, insatisfeito e surpreso.

BOM EXEMPLO "Fiquei desapontado quando não levaste o lixo esta manhã, quando tinhas prometido que o farias."

Enfermeiro: Alguém pode pensar em alguns bons exemplos de descrevam sentimentos negativos com palavras?

Reveja os exemplos oferecidos pelos pais; fornece feedback e elogios construtivos.

Dentro de algumas semanas, conduziremos uma sessão na qual nos reuniremos com o grupo de adolescentes para trabalhar na resolução de problemas. O objetivo é que tentem negociar algumas das questões que criam conflitos em casa. Durante as discussões com os adolescentes, provavelmente estarão a expressar sentimentos negativos uns aos outros. Quando um problema existe há muito tempo, geralmente há sentimentos profundos sobre ele e é mais difícil expressar sentimentos negativos de maneira construtiva. Nós vamos praticar essa habilidade para que possam fazer isso efetivamente quando chegar a hora. Os vossos adolescentes também estarão a praticar essa habilidade no grupo.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Vou ler alguns exemplos de declarações negativas feitas pelos pais, e gostaria que dissessem o que está certo ou errado com elas e como mudaria a declaração.

1. **"És apenas preguiçoso."** (Resposta: Esta declaração faz um julgamento sobre a pessoa, não descreve um comportamento específico e os sentimentos do remetente não são indicados.)
2. **"Estás sempre ao telefone."** (Resposta: Esta afirmação não é específica o suficiente e os sentimentos do remetente não são expressos.)
3. **"És mau com os teus irmãos e irmãs mais novos."** (Resposta: Esta afirmação não é específica, o foco está na pessoa em vez do comportamento e os sentimentos do remetente não são declarados.)
4. **"Deixas-me com raiva quando me insultas à frente dos meus amigos."** (Resposta: Esta afirmação é específica, descreve o comportamento e os sentimentos do remetente são claramente expressos.)

Enfermeiro: Se houver tempo suficiente, peça aos pais para darem alguns exemplos pessoais.

TRABALHO PARA CASA

1. A primeira parte do vosso trabalho para casa é **EXPRESSAR UM SENTIMENTO POSITIVO A CADA DIA**. Registem as declarações e para quem dizem no formulário de Sentimentos Positivos das páginas 16 e 17 do vosso Manual. Vejam como se sentiram e descreva a reação da outra pessoa à declaração do sentimento positivo.
 2. Além disso, completem **DOIS FORMULÁRIOS DE SITUAÇÃO PROBLEMÁTICAS**, nas páginas 18 e 19.
 3. A segunda parte do trabalho para casa é **EXPRESSAR OS VOSSOS SENTIMENTOS NEGATIVOS PELO MENOS DUAS VEZES** até à próxima sessão. Devem tentar fazer isso pelo menos uma vez com o vosso filho(a). Existem alguns formulários de Revelação de Sentimentos Negativos nas páginas 20 e 21 para registarem as vossas tentativas de revelar sentimentos negativos. Descrevam o sentimento negativo, a pessoa envolvida e o resultado. Anotem cada uma das vossas experiências para que possamos analisá-las na próxima sessão e discutir os vossos sucessos e problemas.
-

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos dar início à abordagem das competências de Negociação e Resolução de Problemas.

SESSÃO 3
Negociação e Resolução de Problemas 1

Material necessário:

1. Manual dos Pais
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da Sessão anterior
 - B. Verificação dos trabalhos para casa
 - C. Justificação da Negociação e Resolução de Problemas
 - D. Definir o problema
 - E. Brainstorming
 - F. Escolha de uma Solução
 - G. Implementação e Contrato
 - H. Definição do Trabalho para Casa
 - I. Avaliação da sessão
-

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Objetivos:

1. Rever a informação discutida na sessão anterior;
2. Esclarecer possíveis dúvidas da sessão anterior.

Na última sessão continuamos a falar acerca da comunicação. Praticamos a expressão de sentimentos positivos, que envolve a auto-revelação. Existem oito regras para a auto-revelação. Alguém se lembra quais são algumas dessas regras? (Aceite qualquer uma das seguintes respostas: **1.** Auto-revelação significa honestamente expressar como se sente; **2.** não implica necessariamente revelar todos os detalhes íntimos; **3.** um relacionamento é fortalecido quando revela a suas reações a alguém com quem partilhou experiências; **4.** ocultar as suas reações não melhora um relacionamento; **5.** a auto-revelação envolve assumir riscos; **6.** é útil dizer aos outros como se sente em relação ao comportamento deles; **7.** declarações sobre como se sente devem ter em conta a situação em que se encontra bem como o relacionamento que tem com a outra pessoa; **8.** a auto-revelação é um processo no qual as duas pessoas estão envolvidas.)

Na última sessão, também praticámos a expressão de sentimentos negativos. Quais são as três regras para expressar sentimentos negativos? (Resposta: Seja específico, descreva comportamentos e expresse os seus sentimentos com palavras.)

VERIFICAÇÃO DO TRABALHO DE CASA

Enfermeiro: Vamos rever o trabalho para casa da semana passada. A primeira parte era **EXPRESSAR UM SENTIMENTO POSITIVO** para alguém todos os dias. Como foi? Alguém está disposto a partilhar um exemplo? Como se sentiram e como a outra pessoa reagiu? Foram surpreendidos pela reação de alguém? Se não foram capazes de expressar sentimentos positivos, o que aconteceu?

A segunda parte da tarefa era **COMPLETAR UM OU DOIS** formulários de **SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA**. Todos conseguiram preencher? Alguém estaria disposto a partilhar um exemplo? O que aprenderam ao preencher esses formulários? Estes problemas podem ser trabalhados nas próximas sessões de negociação e resolução de problemas?

Reforçar as tentativas de preencher os formulários e debater soluções para aqueles que tiveram problemas com o preenchimento.

A última parte do trabalho para casa era **EXPRESSAR SENTIMENTOS NEGATIVOS PELO MENOS DUAS VEZES** durante a semana e a fazer isso pelo menos uma vez com os vossos filhos. Como foi? Alguém está disposto a partilhar o que eles(as) disseram e como funcionou?

JUSTIFICAR A NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivos:

1. Discutir a importância da efetiva resolução de problemas
2. Explicar de forma geral os cinco passos envolvidos na resolução de problemas.

Enfermeiro: Durante as nossas primeiras três sessões, discutimos e praticamos várias habilidades de comunicação, incluindo a **ESCUTA ATIVA** e como **EXPRESSAR OS**

SENTIMENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS. Essas habilidades são importantes porque podem-nos ajudar a fortalecer e melhorar os nossos relacionamentos com as pessoas de quem gostamos (os nossos filhos, os cônjuges, os amigos, os colegas de trabalho, os parentes, etc.).

No entanto, **CONFLITOS E DESENTENDIMENTOS PODEM SURGIR**, mesmo com membros da família e amigos que amam. Esta é uma parte normal de todos os relacionamentos. Os conflitos entre os adolescentes e os pais geralmente envolvem os seguintes problemas: escola, tarefas domésticas, horário de saída, amigos do adolescente, conflitos com irmãos e irmãs, roupas e aparência, dinheiro, namoros, sexo, álcool e drogas, mentiras, entre outros assuntos. São inúmeras as áreas problemáticas que podem surgir nesta altura.

Portanto, é **IMPORTANTE APRENDER COMO RESOLVER AS DIVERGÊNCIAS** que têm com os vossos filhos. Se os **conflitos menores não puderem ser resolvidos, eles provavelmente irão transformar-se em conflitos complexos que são muito mais difíceis de resolver.**

REGRAS BÁSICAS PARA RESOLVER CONFLITOS

MANUAL DOS PAIS: Pedir os pais para irem para a página 23 do Manual.

Enfermeiros: As técnicas que vamos discutir e praticar são chamadas **COMPETÊNCIAS DE NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS**. Antes de discutí-los, existem duas regras básicas para resolver divergências que devem tentar lembrar-se. Essas regras estão descritas na página 23 do Manual.

Em todos os conflitos e divergências, há alguém que tem uma queixa sobre outra pessoa. Na vossa família, podem ser vocês, o vosso seu cônjuge ou parceiro ou os vossos filhos.

- 1. A PESSOA COM UMA QUEIXA TEM O DIREITO DE SER OUVIDA E O DIREITO DE PEDIR A MUDANÇA**, independentemente de quão realista ou irrealista possa parecer o pedido.
- 2. OUVIR A QUEIXA DE ALGUÉM NÃO SIGNIFICA QUE CONCORDE OU DISCORDE**, simplesmente indica que está a tentar entender as mudanças que a pessoa quer. Pode discordar depois. **O PRIMEIRO PASSO É TENTAR ENTENDER O PONTO OU A RECLAMAÇÃO.**

Há alguma dúvida sobre estas duas regras?

CINCO PASSOS PARA A NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Enfermeiro: Agora estamos prontos para discutir os cinco passos para a negociação e resolução de problemas. Os passos estão descritos na página 23 do Manual, mas também vou apresentá-los no Power Point.

PPT: Apresentar no Power Point os seguintes pontos:

- Definir o problema.
- Brainstorming.
- Avaliar cada solução.
- Escolher uma solução.
- Escrever um contrato.

Para iniciarmos esta abordagem vamos começar por falar acerca da definição do problema.

DEFINIR O PROBLEMA

Objetivos:

- 1.** Discutir e praticar o uso das oito regras para definir um problema.

Enfermeiro: Antes que um conflito possa ser resolvido, ambas as partes devem concordar sobre o que é o conflito. A isso chama-se de **DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**. A maneira de definir ou descrever um problema esclarece o cenário para a restante da discussão. Se for mal feito, pode afastar os outros ou torná-los mais defensivos. Uma boa definição de problema afirma **CLARA E ESPECIFICAMENTE** o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria um problema. A definição deve descrever o porquê de um determinado assunto ser um problema. O objetivo é expor a vossa queixa de modo que a outra pessoa possa ouvir a vossa mensagem sem que fique com raiva.

MANUAL DO ENFERMEIRO: Pedir aos pais para irem para a página 23 do Manual. As oito regras para a definição do problema estão descritas nesta página. Vamos verificar cada uma.

REGRAS PARA DEFINIR UM PROBLEMA

- 1. COMEÇAR COM ALGO POSITIVO** Isto é importante porque incentiva a cooperação e prepara o terreno para o sucesso. Podem sempre encontrar algo de positivo no que a outra pessoa está a fazer. Por exemplo, poderiam dizer: "Estou realmente feliz por fazer o trabalho de casa com seriedade e fazer isto todas as noites, mas preciso falar consigo sobre as tarefas domésticas na minha casa."
- 2. SEJA ESPECÍFICO.** Anteriormente na sessão, discutimos porque é importante ser específico quando se está a declarar sentimentos. As mesmas considerações também se aplicam quando se está a definir problemas. O objetivo é deixar que a outra pessoa saiba exatamente qual é o problema. Por exemplo, a declaração "O teu quarto está uma confusão" é muito geral. Seria muito melhor delinear exatamente o que precisa ser feito e dizer: "Quero que faças a tua cama de manhã e coloques as roupas sujas no cesto".

3. **DESCREVA O QUE A OUTRA PESSOA ESTÁ A FAZER OU A DIZER** e que está a criar um problema para si. Diga à outra pessoa o que precisa ser mudado, concentrando-se nas suas ações. Por exemplo, a declaração "Tu és bruto!" concentra-se na pessoa, enquanto dizer: "Insultar as tuas irmãs é inadequado", foca no comportamento problemático da outra pessoa.
4. **SEM INSULTOS** Não descreva o problema em termos de "falhas" da outra pessoa. Isto está relacionado com a regra nº 3. A outra pessoa ficará na defensiva e deixará de ouvir o que disser: "Tu és preguiçoso", "Tu és egoísta" ou "Tu és manipulador". Lembre-se, o objetivo é garantir que a outra pessoa entenda qual é o problema.
5. **EXPRESSE OS SEUS SENTIMENTOS** como uma reação ao que a outra pessoa está a fazer ou a dizer. Isto é muito importante. Não assuma que a outra pessoa sabe como se sente sobre esse problema. Use palavras de sentimento como raiva, preocupação, mágoa e preocupação como parte da sua definição.
6. **ADMITA SUA CONTRIBUIÇÃO NO PROBLEMA** De alguma forma, o próprio também é pelo menos parcialmente responsável pelo problema. Talvez não tenha sido consistente ou não tenha fornecido um bom exemplo. Talvez não tenha dito ao seu filho ou filha o quão chateado está. Se olhar o problema objetivamente, provavelmente descobrirá que desempenhou um papel ativo em algum aspeto do conflito.
7. **NÃO ACUSE** ou culpe os outros. É provável que isso torne a outra pessoa zangada ou na defensiva. Além disso, significa que está a julgar a pessoa em vez de descrever o comportamento.
8. **SEJA BREVE** Tente ser o mais conciso possível. Se der muita informação, a pessoa perderá o ponto principal ou ficará sobrecarregada. Pode ser útil ensaiar sua declaração do problema para garantir que seja breve e direto ao ponto.

PPT: Deixar as oito regras no Power Point para a discussão da atividade em grupo que se realizará a seguir.

Enfermeiro: Depois que alguém definir o problema usando as regras que acabámos de discutir, a outra pessoa deve usar as habilidades de escuta ativa para responder. Isso permite que o "remetente" saiba se a mensagem foi recebida corretamente. Ambas as pessoas têm que concordar exatamente qual é o problema antes que ele possa ser resolvido.

MAU EXEMPLO "O meu problema é que tu és irresponsável quando se trata de cuidar do teu quarto."

O que há de errado com essa definição? Verifiquem a lista no quadro negro.

BOM EXEMPLO "Estou chateado com o pó no chão, as roupas na cama e os papéis espalhados na mesa do teu quarto. Fico constrangida quando os meus amigos vêm visitar-nos e eles vêm o teu quarto. Eu sei que é em parte a culpa é minha, porque eu prometi arranjar um cesto para as roupas e ainda não o fiz. Ainda assim, acho que o teu quarto desarrumado é um problema."

O que há de bom nessa definição? Verifique a lista no quadro negro.

Enfermeiro: Dê tempo suficiente para várias respostas.

ATIVIDADE DE GRUPO

Como definiriam os seguintes problemas hipotéticos?

1. Descubrem que o vosso adolescente bebe em excesso numa festa.
2. O vosso adolescente tem notas baixas na escola.
3. O vosso adolescente deita-se tarde nas noites de escola.

Enfermeiro: Trabalhe cada exemplo com um grupo e desenvolva uma boa definição do problema. Em seguida, peça a um dos pais que informe o problema e peça a outra pessoa que use as habilidades de escuta ativa para responder. Se houver tempo suficiente, peça aos pais que ofereçam alguns exemplos pessoais.

BRAINSTORMING

Objetivos

1. Discutir as regras e as justificações para o brainstorming.
2. Praticar o brainstorming de modo a que os pais gerem soluções para alguns problemas típicos entre pais e filhos adolescentes.

Enfermeiro: Já discutimos o primeiro passo para resolução de problemas e negociação, que é definir o problema. Também falámos sobre como ouvir quando alguém define um problema usando habilidades de escuta ativa. Alguém se lembra dos outros quatro passos para solução de problemas e negociação?

PPT: Possibilite a oportunidade ao pais para responderem e em seguida, apresente todas as etapas que foram omitidas ao escrever as cinco etapas Power Point.

- Definir o problema.
- Brainstorming.
- Avaliar cada solução.
- Escolher uma solução.
- Escrever um contrato.

BRAINSTORMING

Enfermeiro: Após o problema ter sido adequadamente definido para que todos entendam o que é, o próximo passo é apresentar uma variedade de **SOLUÇÕES DIFERENTES**. Nesta etapa, é importante ser criativo e não julgar. Não sejam muito apressados.

Lembrem-se, ainda não conseguiram encontrar uma solução para o problema até agora. Quanto mais ideias puderem gerar, melhor. A esta etapa denomina-se **BRAINSTORMING**. Embora não haja regras rígidas e rápidas para o brainstorming, as soluções de **COMPROMISSO** geralmente têm melhor hipótese de serem selecionadas por todos. Cada pessoa deve estar disposta a dar um pouco para ficar com um pouco.

MANUAL DOS PAIS: Pedir para os pais irem para a página 24 do Manual.

As quatro regras para o brainstorming estão descritas na página 24. Vamos verificá-las uma de cada vez.

1. **ESCREVA AS DIVERSAS SOLUÇÕES QUE PODE HAVER** Quanto mais ideias gerar, mais provável é que encontre uma que funcione. Tente chegar a pelo menos sete soluções possíveis (é melhor ter a mais).
2. **NÃO SEJA CRÍTICO; TODAS AS IDEIAS SÃO PERMITIDAS** Ser crítico faz com que as pessoas tenham receio em oferecer sugestões. Terá bastante tempo para avaliar as soluções posteriormente.
3. **SEJA IMAGINATIVO** Sugira algumas soluções estranhas. Nunca se sabe, essas soluções podem ter algum mérito ou podem ajudá-lo a analisar o problema de uma nova perspectiva. Lembre-se, a razão pela qual existe um conflito é porque o que está a fazer agora não está a funcionar.
4. **COMECE POR SE OFERECER PARA MUDAR UM DOS SEUS PRÓPRIOS COMPORTAMENTOS** Pode pensar que a outra pessoa é a única que deve mudar, mas as soluções de compromisso têm a melhor oportunidade de sucesso.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Vamos praticar soluções de brainstorming trabalhando em alguns problemas típicos entre pais e filhos. Alguém pode pensar em alguns exemplos? Podem usar as definições do problema do vosso trabalho para casa da semana passada.

Escreva os problemas oferecidos pelos pais no quadro. Em seguida, selecione um dos problemas da lista e peça aos pais que gerem o maior número possível de soluções. Lembre-os de propor algumas soluções que os adolescentes também considerem aceitáveis. Passe por vários problemas com o grupo e registre as soluções sobre eles no quadro (certifique-se de que existem algumas soluções que atraiam os adolescentes). Realce as soluções que são comprometidas. Deixe os problemas e soluções no quadro-negro para um exercício posterior.

ESCOLHA DE SOLUÇÕES

Objetivos:

1. Apresentar um método sistemático para restringir a lista de ideias que são geradas durante a etapa de brainstorming.
2. Praticar a avaliação de soluções.

AVALIAÇÃO DE SOLUÇÕES

Enfermeiro: Agora vamos aprender como escolher uma solução da lista de ideias que foram desenvolvidas durante a etapa de brainstorming. Isso pode ser difícil porque **TO-DOS TÊM DE CONCORDAR** com a solução do problema ou não funcionará. Lembre-se que as soluções de **COMPROMISSO** geralmente têm a melhor hipótese de serem selecionadas.

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 25 do Manual.

Vamos usar o formulário de Resolução de Problemas na página 25 para nos ajudar a avaliar cada uma das possíveis soluções. Este formulário foi projetado para pais e

adolescentes, embora possa ser usado por qualquer pessoa. As soluções sugeridas durante a etapa de brainstorming estão descritas no formulário e cada uma recebe um **MAIS** (+) ou um **MENOS** (-) de cada pessoa. Esta é uma maneira rápida de descobrir que ideias são aceitáveis para todos.

Nesta etapa, cada pessoa deve declarar por que acha que determinada solução é boa ou má. Quando se faz isto, é importante ser **POSITIVO** e **OPEN-MINDED** (ter mente aberta). Não basta recusar uma ideia porque não se gosta dela. O objetivo é encontrar uma solução que resolva o problema.

Vamos ter em conta um exemplo:

EXEMPLO

Problema

Mãe: "Incomoda-me quando deixas as tuas roupas espalhadas pelo teu quarto. Eu tenho vergonha de convidar os meus amigos para entrarem em casa porque eles podem ver a confusão lá dentro. Acho que precisamos trabalhar neste problema. Vamos começar por fazer brainstorming de possíveis soluções e depois vamos escolher uma para experimentar. Vou anotá-las. Vamos intercalar, começa tu primeira."

Brainstorming

Adolescente (Solução 1) "Nós poderíamos contratar uma empregada para limpar o meu quarto."

Mãe (Solução 2) "Eu poderia ficar com a tua mesada até tu limpares o teu quarto."

Adolescente (Solução 3) "Nós poderíamos apenas fechar a porta do meu quarto quando temos companhia".

Mãe (Solução 4) "Eu poderia pagar-te mais cinco euros extra se limpasses o teu quarto no domingo à noite."

"Ok, acho que temos ideias suficientes. Vou lê-las uma de cada vez e vamo-nos revezar para dar a cada uma das possíveis soluções um sinal de mais ou menos."

Avaliação

Mãe: "A primeira solução é contratar uma empregada."

Adolescente: "Isso soa bem para mim, porque assim eu não teria de limpar meu quarto! Eu dou essa ideia um mais."

Mãe: "Contratar uma empregada seria ótimo se eu pudesse pagar, mas eu realmente não posso. Eu tenho pena de dar a esta ideia um menos, mas só poderia ser um mais se ganhássemos o Euromilhões."

Mãe: "A segunda solução é suspender a tua mesada até que o teu quarto esteja limpo".

Adolescente: Isso não me parece justo. Se eu me esquecer de limpar o meu quarto, não receberei nenhum dinheiro. Vou dar a essa ideia um menos. "

Mãe: "Eu acho que ficar com a tua mesada te motivaria a manter o teu quarto limpo e ainda terias uma escolha sobre se querias ou não fazê-lo. Eu dou essa ideia um mais."

Mãe: "A terceira solução é manter a porta do teu quarto fechada."

Adolescente: "Fechar a porta parece ser uma ótima ideia. É o meu quarto e eu deveria fazer o que eu quero lá. Se eu mantiver a porta fechada, a confusão não te iria incomodar nem aos teus amigos. Eu dou a essa ideia um mais "

Mãe: "Fechar a porta impediria as outras pessoas de verem a confusão que é o teu quarto, mas não te ajudaria a aprender a ser responsável por manter o quarto limpo. Eu dou a ideia um menos."

Mãe: A última solução é pagar-te cinco euros por limpares o teu quarto no domingo à noite."

Adolescente: "Eu gosto dessa ideia. Dessa forma, eu poderia ganhar algum dinheiro extra, e tu não terias que te incomodares mais com o meu quarto. Eu dou a essa solução um mais."

Mãe: "Pagar-te algum dinheiro extra para limpar o teu quarto parece ser uma boa ideia para mim também. Tu aprenderias a cuidar do teu quarto e estaria limpo no domingo à noite. Isso valeria cinco euros por semana para mim. Eu dou a essa ideia um mais."

Mãe: "Já que nós os dois concordamos com isso, vamos tentar! Obrigado por me ajudares a trabalhar no problema."

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Agora vamos formar equipes de duas pessoas. O primeiro passo é copiarem este problema entre pais e filhos adolescentes [indicar no quadro qual deles] e as soluções propostas para a página 25 do Manual. Depois, um membro da equipe desempenhará o papel de pai ou mãe e o outro membro da equipe fará o papel do adolescente ao **AVALIAR CADA UMA DAS SOLUÇÕES**. Usem a página 25 do Manual como suporte para este exercício. Ao avaliar as soluções, lembrem-se de que cada pessoa deve declarar porque uma determinada solução é boa ou má. Após cerca de 4 minutos, eu vou dar sinal para mudarem os papéis para que possam experimentar o problema de ambos os pontos de vista. Terão um total de aproximadamente 8 minutos para concluir este exercício. Há alguma pergunta?

Enfermeiro: Ande pela sala e verifique o progresso de cada equipe. Avise quando os 4 minutos passaram. No final da atividade, peça aos pais para discutirem as suas reações e os possíveis problemas que possam ter ao fazer isso com seus filhos adolescentes.

IMPLEMENTAÇÃO E CONTRATO

Objetivos:

- Debater como escrever um contrato que explique os detalhes de uma solução.

- Praticar como escrever um contrato como um grupo em termos comportamentais específicos.

RAZÕES PARA USAR CONTRATOS

O passo final na negociação e resolução de problemas é escrever um contrato que explique os detalhes do acordo. É muito importante ter um registro formal dos termos e condições que foram negociados no caso de haver dúvidas ou contestações sobre o que foi dito. O contrato deve descrever o que cada pessoa concordou em fazer em termos de ações e comportamentos que podem ser observados. Também é uma boa ideia descrever **O QUE ACONTECERÁ** (a consequência) **SE UMA DAS PARTES FALHAR O ACORDO**. Mesmo que as pessoas tenham boas intenções, muitas vezes elas não cumprem as suas promessas. Pode fornecer algum incentivo adicional para honrar o acordo incluindo uma consequência.

MANUAL DOS PAIS: Pedir aos pais para irem para a página 26 do Manual.

Encontram-se quatro sugestões para escrever um contrato na página 26 do vosso Manual. Vamos ver cada uma de forma breve.

Enfermeiro: Escreva a palavra chave para cada sugestão no quadro à medida que as discute.

1. **SEJA ESPECÍFICO** quando escrever o contrato, para que seja fácil determinar se cada pessoa está a cumprir a sua parte do acordo. Certifique-se de que o foco está nos comportamentos específicos que cada pessoa mudará, e não nas características da personalidade.
2. **DESCREVA O PERÍODO DE TEMPO** para o qual o contrato é válido. Isto é necessário porque pode achar que é necessário alterar o contrato. No entanto, deve manter o contrato durante o período de tempo especificado no mesmo. Leva tempo para descobrir se o contrato está a decorrer bem, pelo que deverá tentar por pelo

menos uma semana. No final deste período experimental, reveja o acordo e considere as sugestões de cada pessoa em relação às mudanças que fariam o acordo funcionar melhor.

- 3. INCLUA LEMBRETES** para ajudá-lo a lembrar-se de fazer as alterações que foram acordadas. As pessoas geralmente esquecem o que devem fazer, por isso é uma boa ideia usar dicas ou lembretes.

Enfermeiro: Ofereça alguns exemplos de dicas: (a) coloque o acordo no frigorífico ou em algum outro lugar público, e (b) coloque uma nota no espelho do quarto ou em algum outro lugar onde seja visto com frequência. Pense em algumas outras ideias com os pais.

- 4. REGISTE O ACORDO POR ESCRITO.** Mesmo que este não seja um documento legal, é uma boa ideia anotar os termos do seu contrato e fazer com que todos os envolvidos assinem o contrato.

MANUAL DO ENFERMEIRO: Pedir aos pais para irem para a página 27 do Manual.

Enfermeiro: Vamos ver o Exemplo de Contrato fornecido na página 27 do Manual. Observem que abrange os pontos que acabamos de discutir. O contrato pede que descrevam o que cada pessoa concordou em fazer, quando fará e por quanto tempo o contrato é válido. A consequência incluída no formulário é cancelar o contrato se uma das partes falhar em cumprir os termos do contrato, mas também poderá adicionar outras consequências.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Vamos praticar sobre como escrever um contrato. No nosso último exercício, avaliamos as soluções para esse problema entre pais e filhos adolescentes [aponte

para o problema no quadro]. Vamos selecionar uma das soluções propostas e escrever um contrato para ela.

Escolham uma das soluções (ou criem uma solução de compromisso) que seja um exemplo interessante e elaborem um contrato. Consultem o Exemplo de Contrato na página 27 do Manual à medida que elaboram o vosso contrato.

Auxilie os pais neste processo. Forneça orientação suficiente para que o grupo aprenda como escrever os termos do contrato. Encoraje e reforce a participação.

TRABALHO PARA CASA

1. A primeira parte do vosso trabalho para casa é **REVER AS OITO REGRAS** para definir um problema na página 23 do Manual. Pensem em como podem usar essas regras para definir algumas das situações problemáticas que encontraram em casa.
2. Descrevam duas **DEFINIÇÕES DE PROBLEMAS** para discutir na próxima semana e utilizem o formulário fornecido na página 30 do Manual.
3. A terceira parte do vosso trabalho até à próxima sessão é **COMPLETAR A PRÁTICA EM CASA: PLANOS DE BRAINSTORMING E AVALIAÇÃO** das páginas 31 e 32 do Manual. Este exercício prático envolve o debate de dez possíveis soluções para uma situação hipotética, classificar cada solução com um sinal de mais ou menos e avaliar as duas primeiras soluções na lista, tanto do ponto de vista dos pais como do adolescente. Por favor verifiquem os formulários e digam-me se tiverem alguma dúvida.
4. A quarta parte refere-se à **CONSTRUÇÃO DE UM CONTRATO** através do uso do exemplo de Contrato nas páginas 33 e 34 do Manual. Será necessário escolher uma solução para um problema através de toda a sequência de resolução de problemas (isto é, definir o problema, fazer brainstorming, avaliar soluções etc.) ou usar uma solução que tenha sido desenvolvida como parte do trabalho em sala. (por exemplo, no exercício de role-playing no final desta sessão). A parte

importante desta tarefa é **SER ESPECÍFICO** sobre o que cada pessoa concordou em fazer, quando o fará e o período de tempo para o qual o contrato é válido. Quando estiver a escrever o contrato, finja que irá utilizá-lo com o seu filho adolescente.

5. A última parte do trabalho para casa é **PREENCHER A LISTA DE PROBLEMAS** que começa na página 35 do vosso Manual. Esta lista contém uma série de problemas que muitas vezes surgem entre pais e adolescentes. As vossas respostas devem refletir as discussões que tiveram com o vosso filho adolescente sobre cada um dos vários tópicos, **DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**. Se teve uma discussão sobre um tópico em particular, avalie o quão "quente" foi. Também será solicitado ao seu filho adolescente que preencha esta lista para que possamos selecionar uma questão apropriada para trabalhar durante as sessões conjuntas de solução de problemas. Para esta sessão, queremos que escolha uma questão de intensidade moderada, de modo a facilitar a aprendizagem e o processo de resolução de problemas, bem como para manter as coisas sob controle. Se em família conseguirem encontrar um problema comum para trabalhar antes da próxima sessão, isso economizará algum tempo.

Enfermeiro: Abordámos muito material nesta sessão. Não se preocupem muito em lembrar-se de tudo, uma vez que praticaremos novamente na nossa próxima sessão de negociação e resolução de problemas. Obrigado por terem vindo, e até a próxima semana.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão iremos realizar a sessão conjunta com os adolescentes, na qual abordaremos a resolução de problemas específicos entre pais e filhos.

SESSÃO 4 Conjunta
Negociação e Resolução de Problemas 2

Material necessário:

1. Manual dos Pais
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break
4. Cópias da página 35 do Manual dos Pais
5. Cópias extra da “Lista de Problemas”
6. Relógio (cronómetro)

Agenda Para a Sessão:

- A. Verificação dos trabalhos para casa
- B. Revisão da Sessão anterior
- C. Negociação e Resolução de Problemas Guiada
- D. Definição do Trabalho para Casa
- E. Avaliação da sessão

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE e PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 47 e 48 do Manual do Adolescente e o para a página 31 e 32 do Manual dos Pais.

Rever as respostas de adolescentes e pais. Certifique-se de que tanto os adolescentes como os pais tenham a oportunidade de responder.

Rever o contrato por escrito que os pais completaram na página 34 do Manual.

NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS GUIADOS

Objetivo:

2. Treinar competências de negociação e resolução de problemas de intensidade leve a moderada conjuntamente com pais e adolescentes.

Enfermeiro: Para a realização desta atividade em família temos cerca de 90 minutos para a interpretação de papéis. De acordo com o número de famílias será utilizado um gráfico de tempo semelhante a este:

Número de Famílias		Tempo
1	-----	80 minutos
2	-----	40 minutos
3	-----	26 minutos
4	-----	20 minutos
5	-----	16 minutos
6	-----	13 minutos
7	-----	11 minutos
8	-----	10 minutos

Teremos um intervalo de cerca de 10 minutos a meio da atividade. O momento exato da pausa dependerá da duração das encenações – não iremos interromper uma família no meio de uma interação de resolução de problemas para fazer a pausa.

ATIVIDADE DE FAMÍLIA

Enfermeiro: O objetivo dessa atividade é treinar a negociação e resolução de problemas com pais e adolescentes como uma família. Cada família participará do exercício enquanto as outras famílias assistem.

Agora que aprenderam os passos que envolvem a negociação e resolução de problemas vamos praticá-los como família.

De forma breve explicar as seguintes regras ao grupo.

MANUAL DOS ADOLESCENTES E PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 49 a 50 do seu Manual e os pais para a página 35 a 36 do seu Manual.

Enfermeiro: A primeira coisa que precisam fazer é rever os tópicos da **LISTA PROBLEMAS**, que é o questionário que preencheram como parte do trabalho para casa da semana passada. Cada família precisa **ESCOLHER UM TEMA** que os pais e o

adolescente concordam que ainda é um problema, mas apenas um problema de **BAIXO** ou **MODERADO** nível. Vamos trabalhar para lidar com os tópicos "quentes" ou problemáticos mais tarde.

Em seguida, cada família irá trabalhar no problema que selecionou na **LISTA DE PROBLEMAS**, usando as etapas para a solução de problemas. Para tornar as coisas um pouco mais fáceis, usaremos **O FORMULÁRIO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS** que usamos antes como um guia para a discussão; uma cópia é fornecida na página 53 do Manual para Adolescentes e na página 39 do Manual para pais. Usamos este formulário na semana passada na aula, pelo que vos deve ser familiar.

PPT: Apresentar os passos para a resolução de problemas. Estas etapas também estão descritas na página 52 do Manual do Adolescente. Debater brevemente cada.

Definir o problema

- Uma pessoa declara o problema descrevendo o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria o problema.
- A outra pessoa usa a escuta ativa (reafirma o problema).
- A primeira pessoa verifica a precisão da reafirmação do problema.

Brainstorming

- Registar todas as soluções possíveis.
- Ser criativo.
- Não ser crítico.
- Soluções compromisso.
- Pensar em mudar o seu próprio comportamento.

Escolher uma solução

- Cada pessoa avalia as soluções e explica por que cada uma é um “mais” ou um “menos”.
- Preencher o formulário de solução de problemas.
- Compromisso.

Escrever um contrato

- Descrever o que cada pessoa fará e o que acontecerá se não o fizer.
- Declarar por quanto tempo o contrato é válido.
- Incluir lembretes.
- Assinar o contrato.

Enfermeiro: Queremos tornar esta sessão prática o mais fácil possível. Irei auxiliar-vos enquanto passam pelas etapas de resolução de problemas, de modo oferecer-vos assistência, se necessário. Tentem relaxar e divertir-se com este exercício, e não se preocupem em fazê-lo com perfeição na primeira vez. A vossa técnica irá melhorar com a prática - é disto que vamos tratar nesta sessão.

O objetivo de cada família é trabalhar ao máximo um problema no tempo disponível. Vamos utilizar este relógio (cronómetro) [segure-o] para saber quanto tempo cada família tem.

O primeiro passo é apresentar uma boa **DEFINIÇÃO** do problema para que a discussão tenha um bom começo. Então, passarão algum tempo **BRAINSTORMING** possíveis soluções, e a **AVALIAR** pelo menos algumas delas. As etapas de solução de problemas que não foram concluídas aqui serão o vosso trabalho para casa. Devem terminar o trabalho das etapas restantes antes da próxima sessão.

OBS: [Se houver apenas algumas famílias, acrescentar a seguinte declaração.] “Se houver tempo suficiente, cada família poderá escrever e assinar um contrato que descreva os detalhes do acordo que foi negociado.

Enfermeiro: No final do exercício, darei algum feedback sobre a discussão da solução de problemas bem como cada família deverá fazer a sua apreciação. Serão indicadas as coisas que foram bem realizadas e também serão sugeridas áreas que poderiam ser melhoradas.

O processo deverá iniciar-se com o pedido voluntário de uma família para começar o role-play enquanto as outras famílias assistem. Repetir-se-á este processo até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de praticar a solução de problemas e tenham recebido algum feedback.

INDICAÇÕES GERAIS PARA A PRÁTICA GUIADA

- 13.** Peça a uma família que se voluntarie para ir primeiro. Seria melhor começar com uma família que forneça um bom modelo para as outras famílias seguirem.
- 14.** Peça à família que **SELECIONE UM PROBLEMA LEVE OU MODERADO** para os pais e o adolescente. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** for usada, faça com que escolham um tema com uma classificação de intensidade de 1 ou 2, mas não superior. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** não tiver sido completada pelos pais e / ou adolescente, peça-lhes que analisem a lista e escolham uma questão de intensidade moderada. Diga-lhes para não gastarem muito tempo a tentar escolher a questão “ideal” a ser resolvida. O objetivo desta sessão não é resolver um grande problema, mas sim **PRATICAR** as habilidades necessárias.
- 15.** Peça a um membro da família para ser o **SECRETÁRIO**. Explique que o trabalho do secretário é registar todas as soluções e avaliações sugeridas pelos membros da família no Formulário de Solução de Problemas na página 39. Considere pedir ao membro da família que parece ser o menos cooperativo para ser o secretário, para que essa pessoa esteja ativamente envolvida no processo. Todas as famílias que estão a assistir também anotam as soluções geradas num Formulário de solução de problemas (distribua algumas cópias extras); isso irá encorajá-los a prestar atenção ao que está a acontecer (o que às vezes pode ser um problema para as famílias que estão a assistir).
- 16.** Peça a um membro da família que defina o problema usando as regras discutidas anteriormente. (**As oito regras são:** 1. começar com algo positivo; 2. ser específico; 3. descrever o que a outra pessoa está a fazer; 4. não insultar; 5. expressar os seus sentimentos; 6. admitir seu papel; 7. não acusar e 8. ser breve.) Certifique-se de que a definição seja específica e comportamentalmente descritiva.

17. Peça aos outros membros da família que respondam à declaração do problema com a **ESCUTA ATIVA** (paráfrase, usar declarações de sentimento, etc.). Certifique-se de que cada pessoa faz isso corretamente. Se necessário, reconheça que isso pode parecer estranho ou artificial, mas peça-lhes que continuem.
 18. Peça à pessoa que declarou o problema que **VERIFIQUE** se as declarações de escuta ativa refletem com precisão o que disse. Caso contrário, peça à família que repita o processo de definição do problema e responda com a escuta ativa.
 19. Em seguida, peça à família que passe pelos **PASSOS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS** descritos no Power Point.
 20. Durante a discussão, o Enfermeiro deve **FORNECER FEEDBACK CONTÍNUO**. Certifique-se de que rotula e elogia o bom desempenho em voz alta. Se um membro da família se movimentar muito rápido, for crítico, avaliar soluções durante o brainstorming, etc., os Enfermeiros devem dar um feedback imediato lembrando gentilmente a essa pessoa sobre a regra relevante.
 21. Quando restarem aproximadamente 5 minutos para terminar o tempo (dependendo do número de famílias), parar a discussão e fornecer **FEEDBACK DETALHADO** ao adolescente e pais.
 22. Selecionar outra família (ou pedir voluntários) e repetir o processo.
 23. Continuar até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de representar uma discussão de solução de problemas.
 24. Se houver tempo suficiente, peça às famílias que **ESCREVAM UM CONTRATO**, preenchendo o Formulário na página 40 do Manual dos Pais.
-

TRABALHO PARA CASA

4. Continuem a discussão que iniciaram nesta sessão até completarem todas as etapas para resolução de problemas e negociação. Estas etapas também são

fornechas na página 52 do Manual do Adolescente e na página 38 do Manual dos Pais. Utilizam o Formulário de solução de problemas na página 56 do Manual do Adolescente para fazer anotações. Antes de saírem, cada família deve tentar chegar a um consenso sobre quando continuar a discussão. Se puderem encontrar um horário conveniente para todos os envolvidos, anote-o na página 55 do Manual do vosso Adolescente. Cada pessoa também precisa de se comprometer verbalmente em participar na sessão de solução de problemas. O objetivo é acordar uma solução e **ESCREVER UM CONTRATO** utilizando o formulário da página 57 do Manual do Adolescente e da página 40 do Manual dos Pais.

5. Depois de terem um acordo por escrito, **COLOQUEM-NO EM PRÁTICA**.
6. Se os problemas se desenvolverem ou se os ânimos se exacerbarem durante a discussão em casa, pode ser uma boa ideia fazer um **INTERVALO**. O tempo limite de um intervalo é entre 10 a 15 minutos, o que permite que todos se acalmem. Certifiquem-se de que a discussão continua após o término da pausa.

SESSÃO 5
Prevenção, Planeamento e Término

Material necessário:

1. Manual dos Pais
2. Canetas e Lápis
3. Coffee Break
4. Certificado de Participação para os Pais

Agenda Para a Sessão:

- A. Revisão da sessão conjunta com os adolescentes
- B. Manter os ganhos
- C. Revisão dos conteúdos do projeto
- D. Reconhecer e prevenir a depressão
- E. Finalização do projeto

REVISÃO DA SESSÃO CONJUNTA DE PAIS E ADOLESCENTES

Objetivos:

1. Solicitar feedback de cada pai sobre a sessão conjunta de resolução de problemas.

Enfermeiro: Gostaria de ouvir as vossas **REAÇÕES RELATIVAMENTE À SESSÃO CONJUNTA** que tivemos com adolescentes. Incentivar cada pai a expressar a sua reação à sessão conjunta.

1. O que acharam útil na sessão?
2. O que não foi útil na sessão? O que poderia ter sido feito de forma diferente?
3. Como planeiam continuar a trabalhar nas habilidades de comunicação e solução de problemas em casa?

Pergunte aos pais se terminaram a reunião de solução de problemas e negociação em casa como um acompanhamento do trabalho no grupo. Reconhecer e reforçar **TODOS** os esforços para trabalhar na resolução de problemas em casa, independentemente do resultado.

É altamente recomendável que determine um **TEMPO ESPECÍFICO** durante a semana para se encontrar com o seu filho adolescente. Esse horário de reunião pode ser usado para resolver problemas, trabalhar em habilidades de comunicação ou até mesmo planejar atividades em conjunto, como férias em família. Esta é a vossa tarefa não oficial e interminável, e está registada na página 44. Ter um horário de específico para abordar estes assuntos possibilita a desativação de problemas enquanto eles ainda são pequenos, e garante que continuaram a usar as habilidades de comunicação e de resolução de problemas que aprenderam neste curso. De referir que algumas cópias extras do formulário de Resolução de Problemas e Contrato são fornecidas no final do vosso Manual (ANEXO).

Enfermeiro: Como se sentem com a ideia de agendar uma reunião semanal? Podem querer reunir-se em família e negociar **QUANDO** seria um bom momento para fazer isso.

Analisar a resposta de cada pai para definir uma reunião semanal. Desenvolva um plano específico com cada pai para manter e melhorar as suas habilidades de resolução de problemas, e peça a cada um que registe o seu plano na página 44.

MANTER OS GANHOS

Enfermeiro: Durante a última sessão, os adolescentes avaliaram quais habilidades ensinadas no projeto são mais importantes para eles e em quais necessitam de trabalhar mais.

Tentou-se dar aos adolescentes as habilidades necessárias para lidar com os desafios que provavelmente encontrarão no futuro, pelo que foram auxiliados a preparar-se para lidar com as dificuldades quotidianas e a aprender a reconhecer e a prevenir a depressão.

1. Os adolescentes **MONITORIZARAM O SEU HUMOR** ao longo do projeto.

Porque é importante? (Resposta: Permite que eles vejam as mudanças no seu humor e reconheçam a conexão com o aparecimento de determinados problemas e o modo como se sentem.) Alguns dos adolescentes podem não ter notado qualquer melhoria no modo como se sentem. Isso acontece às vezes. Pode ser reconfortante saber que alguns adolescentes experimentam uma **REAÇÃO RETARDADA**

neste tipo de abordagem e podem começar a sentir-se melhor várias semanas ou mesmo meses após o término do mesmo.

2. **Eles aprenderam e praticaram algumas HABILIDADES SOCIAIS específicas para ajudá-los a serem menos isolados e melhorar a qualidade das interações que eles têm uns com os outros. Essas habilidades incluem o uso de cumprimentos, iniciar uma conversa, entrar e sair de um grupo e causar sentimentos positivos. Porque são importantes as habilidades sociais? (Resposta: Quando as pessoas estão deprimidas, as suas habilidades sociais são prejudicadas, e isso pode levar à solidão e ao aumento da depressão. As habilidades sociais podem ser aprendidas e melhoradas.)**
3. **Praticaram as mesmas técnicas que aprendemos neste grupo para a COMUNICAÇÃO eficaz, como a escuta ativa. Como descreveriam a escuta ativa? (Resposta: Confirmar a mensagem do remetente com as suas próprias palavras sem fazer julgamentos. Concentrar-se no remetente.)**
4. **Como sabem, nós também praticamos NEGOCIAÇÃO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS em ambos os grupos.**

LIDAR COM PROBLEMAS DIÁRIOS E GRANDES EVENTOS DA VIDA

Enfermeiro: Todos nós experimentamos dificuldades quotidianas ou problemas que criam **STRESS** nas nossas vidas. O stresse dessas dificuldades torna difícil ficar de bom humor e fazer as coisas de que gostamos. Um tipo de aborrecimento diário seria um colapso de comunicação. Quais são algumas das outras dificuldades que um adolescente pode encontrar? (Possíveis respostas incluem: ir à escola, fazer testes, fazer tarefas domésticas, ser provocado na escola, discutir com os pais e procurar emprego.)

Aborrecimentos são uma parte normal da vida. No entanto, se os adolescentes não lidarem com eles, o stresse resultante pode sobrecarregá-los e desencadear um episódio de

depressão. Portanto, é importante que os adolescentes trabalhem de modo a **RESOLVEREM** as questões cotidianas, em vez de ignorá-las. Como pais, também podem ajudar a minimizar o impacto das dificuldades com os adolescentes. Se perceberem que o vosso adolescente parece estar chateado, usem a escuta ativa para mostrar que se importam, ofereçam apoio e pensem em algumas maneiras de resolver o problema, se puderem. Lembrem-se, não violem a confiança deles, divulgando detalhes das suas vidas que são contados em confidência.

Para além destes eventos diários, também o **EVENTOS PRINCIPAIS DA VIDA** ou **AS MUDANÇAS NA VIDA** podem levar à depressão. Por exemplo, o afastamento de amigos, doenças ou ferimentos, muito trabalho, problemas financeiros ou serem transferidos para uma nova escola podem afetar o humor do adolescente. É importante perceber que **MUDANÇAS POSITIVAS** também podem causar sofrimento e / ou depressão. Por exemplo, terminar o ano letivo, começar um novo namoro ou encontrar um novo emprego pode ser excitante e ainda assim ser bastante stressante. Aprender a lidar com esses eventos também pode minimizar seu impacto potencial.

Alguns eventos importantes são **PREVISÍVEIS** (por exemplo, terminar o ano), mas muitos outros podem ocorrer sem aviso (por exemplo, ser roubado). Seria útil, em casa pedir aos adolescentes que antecipassem os principais eventos que poderiam desencadear a depressão. Depois, eles desenvolveriam um **PLANO DE PREVENÇÃO** para cada um dos principais eventos identificados. É muito mais fácil lidar com eventos ou alterá-los se estes já estiverem planeados antecipadamente.

RECONHECER E PREVENIR A DEPRESSÃO

MANUAL DO PAIS: Pedir aos pais que consultem a página 43 do Manual.

Enfermeiro: Apesar do trabalho que os adolescentes fizeram neste curso, ainda estão em **RISCO** para depressão. Acho que todos concordariam que prevenir a depressão é mais fácil e menos doloroso do que tratar depois de se tornar mais grave. O primeiro passo na prevenção da depressão é que os adolescentes aprendam como reconhecer os primeiros sinais de alerta. A depressão tem sintomas como uma constipação ou a gripe. Foram

abordados com os adolescentes os primeiros sinais de alerta para que eles possam reconhecer quando estão a ficar deprimidos. Do mesmo modo, também é importante para vocês, como pais, estarem atentos ao modo como o vosso adolescente está a sentir-se. Vamos rever os sintomas de depressão que estão apresentados na página 43 do Manual para que saibam o que procurar.

1. Estar com humor deprimido ou irritável a maior parte do dia, quase todos os dias.
Sentir-se triste, chorar, sentimento de vazio por dentro, ou sem esperança.
2. A falta de interesse em atividades agradáveis, e não ser capaz de aproveitar a maioria ou todas as atividades agradáveis.
3. Perda / ganho de peso significativo quando não está a fazer dieta, ou uma diminuição / aumento dramático no apetite.
4. Dificuldade em dormir ou dormir muito quase todos os dias.
5. A agitação extrema, ter problemas em ficar quieto, ou sentir-se muito cansado e desacelerar como se estivesse em câmara lenta quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentir-se muito culpado ou sem valor quase todos os dias.
8. Ter dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias.
9. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Se tiver cinco ou mais desses sintomas durante pelo menos duas semanas, estará deprimido. Ter um ou dois desses sintomas pode indicar apenas uma infelicidade temporária. Se os sintomas persistirem por um longo período de tempo, deve pensar em pedir alguma ajuda especializada.

Se vários destes sintomas estiverem presentes durante um longo período de tempo, então pode ser uma indicação de que algo mais grave poderá estar a acontecer. Considera-se que no caso do vosso adolescente, isso significa que deverá começar a praticar ativamente algumas das habilidades aprendidas neste curso ou a considerar obter ajuda profissional. O ponto importante é **NÃO ESPERAR QUE A DEPRESSÃO SE VÁ EMBORA SOZINHA**. Às vezes isso acontece, mas é muito melhor dar **PASSOS ATIVOS** para que isso aconteça mais rápido.

Há duas maneiras através das quais os adolescentes podem monitorizar o seu humor após o término do curso:

- Continuar a preencher o Diário do Humor todos os dias (existem cópias no final do Manual do Adolescente);
- Se eles acharem que algo está a acontecer, podem preencher o Questionário de Humor para verificar se estão deprimidos.

Enfermeiro: O que podem fazer mais para ajudá-los a monitorizar seu humor? Rever com cada pai de que modo podem estar mais ativos ao nível da monitorização da depressão do seu adolescente.

REVISÃO DO GRUPO E OBSERVAÇÕES FINAIS

Objetivos:

1. Fazer com que os pais pensem sobre a sua experiência no grupo e pedir feedback.

Enfermeiro: Uma vez que este é o nosso último encontro, consideramos que esta é uma sessão importante. Começos e finais são momentos significativos e às vezes difíceis. Entre outras coisas, essas transições são uma oportunidade para refletir sobre o passado e planear o futuro. Eu gostaria de usar o tempo restante para rever nosso progresso e pensar no futuro.

Existem vários tópicos que devemos discutir hoje. Uma maneira de fazer isso seria escrever algumas perguntas no **PPT** e, em seguida, dar a volta na mesa e pedir que cada um que fale sobre a suas experiências e expectativas. O que vos parece? (Seguir este formato, a menos que a maioria dos pais não esteja de acordo. Se houver uma forte oposição, poderá conduzir-se uma discussão menos estruturada utilizando as seguintes perguntas. Em qualquer dos casos, todos devem ser encorajados a contribuir para a discussão.)

PPT: Colocar as perguntas em Power Point

1. Pensem no nosso primeiro encontro. O que estava a acontecer com os vossos filhos? Que tipo de relacionamento havia entre vocês e os vossos filhos adolescentes? Como comunicavam?
2. Agora pensem na vossa abordagem atual de comunicação e resolução de problemas. Mesmo que não seja perfeito, tenho a certeza que fizeram algum progresso significativo. A primeira pergunta que quero que façam a si mesmos é "O que atingi neste projeto?"

Enfermeiro: Escrever no quadro “**REALIZAÇÕES**”

3. A terceira pergunta é sobre o nosso grupo. Formamos um grupo coeso, solidário e trabalhador. Cada um de nós passou a depender do grupo e de suas reuniões regulares de alguma forma. Do que gostaram nas nossas reuniões de grupo? Como as reuniões poderiam ser melhoradas? Quais são as vossas reações ao grupo de adolescentes? Quais são os vossos pensamentos sobre o facto de as reuniões estarem a acabar?

Enfermeiro: Escreva no quadro “**REAÇÕES AOS GRUPOS DE PAIS E ADOLESCENTES**”.

4. Quarto, como podem manter os ganhos obtidos nas áreas de comunicação e negociação? Podem melhorar as vossas hipóteses de sucesso desenvolvendo um plano específico para o futuro. Usem os espaços fornecidos na questão #1 na página 44 para descrever como irão manter os ganhos.

Enfermeiro: Escreva no quadro “**MANTER GANHOS**”. Reserve algum tempo para os pais preencherem as suas respostas à pergunta #1.

5. A última questão foca-se nas esperanças e preocupações para o futuro. Às vezes as pessoas ficam um pouco desanimadas ou preocupadas quando os grupos terminam. Quais são os vossos sentimentos sobre isto?

Enfermeiro: Escreva "**SENTIMENTOS SOBRE O FINAL DO GRUPO E O FUTURO**". Incentive os pais a responder a estas perguntas, monitorizando o tempo para que todos tenham a oportunidade de conversar. Guardar os próprios comentários para último; encerrar com comentários sobre ter gostado do grupo, orgulhando-se do esforço que os pais colocaram no grupo, o progresso que todos fizeram, etc. Se o tempo permitir, dê a cada pai um feedback positivo sobre as coisas que apreciou ou sentiu que ele fez particularmente bem.

Também quero que saibam que alguém deste projeto irá entrar em contato convosco nos próximos dias para agendar o que é chamado de entrevista pós-grupo. Gostaríamos de saber como estão a correr as coisas.

Se tiverem alguma dúvida sobre o nível de depressão do vosso filho, quero incentivá-los a perguntarem agora ou ligarem para o nosso projeto aqui no serviço.

Enfermeiro: Fornecer contato apropriado.

Gostei de vos conhecer a todos e espero que continuem com o bom trabalho!

Enfermeiro: Dê algum tempo para a socialização geral. Tente fazer contato pessoal com cada pai. Entregar os Certificados de Participação.

FIM

ANEXOS

ANEXO I
Questionário de Avaliação das Sessões

Avaliação da Sessão

Identificação da Sessão

Local: _____
Sessão Nº: _____
Formador: _____
Data: ____/____/____

Após a realização desta Sessão, torna-se agora importante refletir sobre os conhecimentos adquiridos e a atividade educativa desenvolvida. Considera-se que a sua opinião é de elevada importância para promover a melhoria da eficiência de novas Sessões e Projetos.

Deste modo, solicita-se que seja preenchido o seguinte inquérito, de caráter confidencial, com o objetivo de se ficar a conhecer a sua apreciação acerca da sua satisfação relativamente aos objetivos, conteúdos, materiais pedagógicos e formadores durante a realização desta Sessão.

Instruções de Preenchimento:

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada em baixo, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4	5

Critério	1	2	3	4	5
Objetivos					
Classifique a clareza na definição dos objetivos da sessão.					
Classifique o grau de concordância entre as suas expectativas e os objetivos da sessão					
Avalie o grau de realização dos objetivos propostos					
Conteúdos					
Avalie a utilidade dos temas tratados para o desempenho do seu quotidiano					
Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu quotidiano					
Classifique o nível de alterações que esta formação pode provocar / estimular no humor					
Materiais Pedagógicos					
Classifique a utilização dos meios audiovisuais					
Classifique a qualidade da documentação distribuída					
Classifique a quantidade da documentação distribuída					
Formador (es)					
Domínio dos temas tratados					
Motivação da participação do grupo					
Clareza da comunicação					
Prestação de esclarecimentos					
Utilização de metodologia facilitadora de aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos					

Observações / Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. Disponível em: <https://blogs.sapo.pt/cloud/file/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for adolescent groups adolescent coping with depression course.
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for parent groups adolescent coping with depression course.
- Eskin, M. (2013a). Assessment in Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 129-145). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000097>.
- Eskin, M. (2013b). Components of Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 17-27). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000036>.
- Eskin, M. (2013c). Definition and Concepts. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 1-7). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000012>.
- Eskin, M. (2013d). Efficacy of Problem-Solving Therapy in Treating Mental Health Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 73-93). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000061>.
- Eskin, M. (2013e). The Practice of Problem-Solving Therapy and the Applied Patient Groups. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 95-99). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000073>.
- Eskin, M. (2013f). Problem-Solving and Psychological Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 49-72). Oxford:

- Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012398455500005X>.
- Eskin, M. (2013g). Processes and Sessions of Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 147-180). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000103>.
 - Eskin, M. (2013h). Psychotherapy: Principles, Skills, Characteristics, Difficulties, and Change Processes. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 101-128). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000085>.
 - Eskin, M. (2013i). Theoretical Approaches to Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 29-47). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000048>.
 - Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(1), 35-40.
 - Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7-20.
 - Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 138(6). doi:10.1542/peds.2016-1878
 - Organização Mundial de Saúde (2018, 22 de março de 2018). Depression. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 - Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet (London, England)*, 379(9820), 1056-67.

APÊNDICE VI – Manual para Adolescentes

Índice

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P)	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 0	Erro! Marcador não definido.
Depressão e Competências Sociais	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 1	Erro! Marcador não definido.
Comunicação 1	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 2	Erro! Marcador não definido.
Comunicação 2	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 3	Erro! Marcador não definido.
Negociação e Resolução de Problemas 1	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 4	Erro! Marcador não definido.
Negociação e Resolução de Problemas 2	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 5 Conjunta	Erro! Marcador não definido.
Negociação e Resolução de Problemas 3	Erro! Marcador não definido.
SESSÃO 6	Erro! Marcador não definido.
Prevenção, Planejamento e Término	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.
ANEXO I	Erro! Marcador não definido.
Questionário de Avaliação das Sessões	Erro! Marcador não definido.
ANEXO II	Erro! Marcador não definido.
Diário do Humor	Erro! Marcador não definido.
Bibliografia	Erro! Marcador não definido.

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P)

Apresentação do Projeto

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente *Adolescent Coping with Depression Course* (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Este projeto foi desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C do Centro Hospital e Psiquiátrico de Lisboa.

O CRP-A/P, incorpora apenas as partes do CWD-A relativas à comunicação e à resolução de problemas e negociação. A escolha destes aspetos deve-se ao facto de se verificar que na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas, em particular na presença de patologia depressiva. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013).

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos

próprios intervenientes, desenvolvendo-se assim as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Para o presente projeto, foram considerados critérios de inclusão e exclusão para os participantes, de acordo com os pressupostos do CWD-A:

Critérios de Inclusão:

- Ter diagnóstico de depressão ou alterações de humor de acordo com o DSM-5;
- Ter entre 15 e 18 anos de idade (5ºano ao 12ºano);
- Competências de leitura superiores ao 5ºano.

Critérios de Exclusão:

- Diagnóstico de doença bipolar, distúrbio de pânico, distúrbio de conduta, esquizofrenia;
- Presença de doença com défices cognitivos;
- Risco extremo de suicídio, depressão grave.

Pelo exposto foram definidos como objetivos gerais para este projeto:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Considerou-se, como objetivos específicos, para este projeto:

- Explicar a psicopatologia da depressão, definindo a sua sintomatologia principal;
- Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
- Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;

- Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;
- Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
- Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

Protocolo do projeto e sessões

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

- 13.** Aplicação de questionário sócio demográfico a adolescentes e pais / cuidadores;
- 14.** Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
- 15.** Aplicação inicial (antes das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores;
- 16.** Realização das sessões (descritas de seguida)
- 17.** Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação de depressão de Beck (BDI-II), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes;
- 18.** Aplicação final (depois das sessões) da escala de avaliação do ambiente familiar (FES), traduzida e validada para a língua portuguesa aos adolescentes e pais / cuidadores.

Conteúdos do Projeto para os Adolescentes

OBS: Antes de se dar início ao projeto todos os adolescentes serão avaliados individualmente através de uma entrevista inicial, bem como preencher um questionário sociodemográfico.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 1 1º dia	Sessão 0 Depressão e Competências Sociais	24. Definição da agenda	• Dinâmica para conhecer o grupo
		25. Introdução ao projeto	• Metodologia expositiva para introduzir o projeto, os objetivos, definir a agenda.
		26. Descrição do projeto	• Metodologia expositiva para definir as <i>guidelines</i> do projeto.
		27. Definição dos objetivos	• Metodologia expositiva para aprender a controlar a vida.
		28. Questionário do Humor	• Metodologia interativa com grupo sobre como ser uma pessoa amigável.
		29. <i>Guidelines</i> para o projeto	• Atividade de grupo utilizando as competências sobre ser amigável através de breve entrevista e apresentação do colega.
		30. Aprender a controlar a própria vida	• Atividade de grupo sobre feedback construtivo.
		Intervalo	• Metodologia expositiva sobre a personalidade de três partes e espirais emocionais, com interação com os adolescentes com base em exemplos.
		31. Fazer novas interações com outras pessoas	• Metodologia expositiva e demonstrativa sobre o diário do humor.
		32. Feedback construtivo	
Semana 1 2º dia	Sessão 1 Comunicação 1	33. Aprender a mudar a vida (Personalidade de Três partes e Espirais Emocionais)	• Atividades em grupo sobre comunicação (dificuldades comunicacionais e escuta ativa).
		34. Definição do trabalho para casa Avaliação da sessão / Feedback	• Metodologia expositiva e demonstrativa, com base em exemplos, sobre escuta ativa e julgar vs compreender.
		13. Definição da agenda	
		14. Princípios da comunicação	
		15. Escutar – Três tipos de resposta	
		Intervalo	

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 1 3º dia	Sessão 2 Comunicação 2	16. Julgar vs compreender respostas 17. Exercício de casa 18. Avaliação da sessão / Feedback	
		13. Definição da agenda 14. Verificação do exercício de casa 15. Expressar os sentimentos positivos Intervalo 16. Expressar sentimentos negativos 17. Definição do trabalho para casa 18. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva e demonstrativa com os adolescentes com base em exemplos. • Atividade em grupo sobre comunicação de sentimentos e escuta ativa.
Semana 2 1º dia	Sessão 3 Resolução de problemas e negociação 1	19. Definição da agenda 20. Verificação do exercício de casa 21. Uso de imagens assertivas 22. Justificação para a negociação e resolução de problemas Intervalo 23. Regras básicas para resolver conflitos 24. Definir o problema 25. Praticar resolução de problemas e escuta ativa 26. Definição do trabalho para casa 27. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva e atividade de grupo sobre imagem assertiva. • Metodologia expositiva para exemplificar conflitos interpessoais e regras básicas para resolver desentendimentos. • Metodologia expositiva e demonstrativa sobre as regras para a definição do problema. • Role-play sobre definição de um problema entre adolescentes e pais, utilizando a escuta ativa.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
Semana 2 2º dia	Sessão 4 Resolução de problemas e negociação 2	17. Definição da agenda 18. Verificação do exercício de casa 19. Brainstorming 20. Escolher uma solução Intervalo 21. Implementação e contrato 22. Praticar negociação e resolução de problemas 23. Definição do trabalho para casa 24. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia expositiva para a explicação de brainstorming. • Metodologia expositiva para a escolha de uma solução e atividade de grupo com proposta de soluções para um problema. • Atividade de grupo com propostas de solução para um problema, avaliação das soluções e se são boas ou más. • Metodologia expositiva para a implementação e contrato. • Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas através da constituição de “famílias”.
Semana 3º dia	Sessão 5 Resolução de problemas e negociação 3	11. Definição da agenda 12. Verificação do exercício de casa 13. Resolução de problemas guiada com os pais Intervalo 14. Definição do trabalho para casa 15. Avaliação da sessão / Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade de grupo em role-play com a utilização de toda a sequência da resolução de problemas em conjunto com os pais.
Semana 3 1º dia	Sessão 6 Prevenção Planeamento e Término	15. Definição da agenda 16. Revisão da sessão conjunta com os pais 17. Questionário do Humor 18. Manter os ganhos Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos adolescentes sobre da sessão conjunta com os pais. • Metodologia expositiva e interativa sobre os conteúdos do projeto. • Metodologia expositiva sobre como manter os ganhos adquiridos no projeto.

Semana	Sessão	Conteúdo	Atividades
		19. Reconhecimento e prevenção precoce da depressão	• Metodologia expositiva sobre reconhecimento e prevenção da depressão.
		20. Resumo do projeto	• Atividade em grupo com expressão de opiniões da parte dos adolescentes sobre o projeto.
		21. Finalização do projeto	• Entrega de certificados de participação.

Obs: Na primeira e última sessão pretende-se aplicar a escala (BDI-II) através do Inventário de Depressão de Beck-II para avaliação da Depressão.

Avaliação do Projeto

Para além da aplicação dos questionários previamente mencionados, será também aplicado um questionário de avaliação das sessões aos pais e adolescentes de modo a analisar a sua perceção face aos conteúdos, formador e globalidade do projeto (Anexo I).

SESSÃO 0
Depressão e Competências Sociais

Material necessário:

7. Manual do Adolescente
8. Canetas e Lápis
9. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- T. Introdução ao Projeto
- U. Descrição do Projeto
- V. Questionário do Humor
- W. Guidelines das Sessões
- X. Apreender a Controlar a Própria Vida
- Y. Fazer Novas Interações com Outras Pessoas
- Z. Feedback construtivo
- AA. Apreender a mudar a vida
- BB. Definição do trabalho para casa
- CC. Questionário
- DD. Avaliação da Sessão

Enfermeiro: Apresentação do Enfermeiro de forma breve. Pedir aos Adolescentes para se apresentarem pelo nome. Posteriormente, na atividade de Competências Sociais serão apresentados mais aprofundadamente.

INTRODUÇÃO AO PROJETO

DESCRIÇÃO DO PROJETO:

O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Pretende-se que este projeto seja desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que está a ser desenvolvido na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C.

O CRP-A/P está desenhado para conter 7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 4 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Como parte integrante dos cuidados prestados aos adolescentes, o CRP-A/P engloba ainda a participação dos pais / cuidadores, no que diz respeito a modificações positivas de humor e resolução de problemas. Neste âmbito, os pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada 90 minutos), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes. A participação desenvolve uma melhor aceitação e reforça as alterações positivas que se pretendem que sejam obtidas nos adolescentes.

As sessões irão decorrer em grupo, finalizando-se com uma sessão que acontecerá em conjunto com os adolescentes e pais e deverá decorrer de forma interativa e dinâmica entre os grupos, visando a resolução de problemas específicos identificados pelos próprios intervenientes. Pretende-se assim, desenvolver as competências familiares no âmbito da resolução de problemas e negociação, tendo por base as competências comunicacionais adquiridas. Deseja-se que ao longo das sessões seja também promovida a metodologia de grupo de ajuda, de modo a conhecer as necessidades mais prementes destes familiares, estimulando-se assim a partilha de experiências, o suporte e a autoajuda.

Objetivos Principais:

- Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Para a realização deste projeto considerou-se necessário realizar a aplicação de alguns questionários, de modo a colher dados, indo ao encontro dos objetivos traçados. Assim, com o intuito de perceber se a terapia da resolução de conflitos que irá ser utilizada com os adolescentes e pais será eficaz, torna-se necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Preenchimento de um questionário sociodemográfico;
- Preenchimento do questionário de depressão de Beck (BDI-II);
- Preenchimento do questionário FES (Escala de Ambiente Familiar).

O preenchimento da FES e BDI-II será realizado agora e também no final do projeto.

OBJETIVOS DAS SESSÕES E FORMATO GERAL DO PROJETO

Enfermeiro: Agora, gostaria de fornecer algumas informações básicas do projeto e sobre as sessões.

Hoje vamos falar de alguns temas que também serão discutidos no desenvolvimento do projeto. Terão todas as oportunidades que quiserem para fazerem perguntas e expressar quaisquer preocupações que possam ter.

MANUAL DOS ADOLECENTES: Pedir para abrir o Manual.

Enfermeiro: Este manual é uma pasta de trabalho para os adolescentes que contém informação e exercícios para cada sessão. É semelhante ao livro de exercícios usado pelos pais. Iremos utilizar bastante este Manual, pelo que é importante que o tragam sempre convosco em cada sessão.

Como objetivo para estas sessões definimos: **Aprender e praticar competências de comunicação e negociação.**

A nossa abordagem para reduzir conflitos é ensinar habilidades de comunicação, negociação e resolução de problemas tanto aos pais como aos adolescentes. O uso destas habilidades tornará o ambiente doméstico menos stressante, mais solidário e mais feliz. Essas mudanças podem ainda ter como benefício adicional de ajudar-vos a manter os ganhos obtidos no curso, bem como diminuir o grau de depressão.

Enfermeiro: Existe um **FORMATO GERAL** que seguiremos durante cada sessão. No início de cada Sessão, eu descreverei a agenda da sessão. Depois, faremos uma revisão breve da última sessão e verificaremos o trabalho para casa (como os pais, terão também algumas coisas para fazer entre cada sessão). De seguida, iremos aprender e praticar diversas competências de comunicação e solução de problemas. No final da sessão, ficará definida uma pequena tarefa para concluir antes de nossa próxima sessão.

Alguma questão?

É importante que tentem participar em todas as sessões, dado que cada sessão se baseia nas sessões anteriores. Percebemos que nem sempre, nem todos poderão participar em todas as sessões por questões inerentes às suas vidas. No entanto, pedimos que limite o número de vezes em que não participam, não atinja mais do que uma ou duas vezes no máximo.

QUESTIONÁRIO DE HUMOR

Objetivos:

3. Preencher um Questionário de Humor.
4. Comparar a pontuação do “Início do Projeto” com a pontuação do “Fim do Projeto”.

Enfermeiro: Entregar aos adolescentes o Questionário de Humor.

A primeira coisa que vamos fazer hoje é preencher o Questionário de Humor. Eu serei o único a ler as vossas respostas, então, por favor, respondam honestamente.

Para avaliarem o questionário, somem todos os números que assinalaram. Se marcaram mais de um número para uma declaração, somem apenas o maior número. Vão perceber que os números de quatro das afirmações (# 4, # 8, # 12 e # 16) estão apresentados por ordem inversa. Isso foi feito de propósito e a vossa pontuação correta também deverá ser aquela que assinalaram. Adicionem aos outros números.

Explique de forma sumaria os resultados obtidos aos adolescentes - score total máximo do BDI-II é de 63. Através deste score total é possível aferir quatro grupos (pontos de corte) relativos à severidade de depressão em pessoas diagnosticados com depressão maior: **Score total entre 0 e 13:** Depressão mínima; **Score total entre 14 e 19:** Depressão ligeira; **Score total entre 20 e 28:** Depressão moderada; e **Score total entre 29 e 63:** Depressão severa.

Enfermeiro: Recolha os Questionários de Humor concluídos dos adolescentes. Verifique a pontuação e registe os totais durante o intervalo. Devolva os questionários aos

adolescentes após o intervalo.

GUIDELINES DAS SESSÕES

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para abrir o Manual na página 3 com as **GUIDELINES DAS SESSÕES**.

Enfermeiro: Aqui estão algumas regras que devem ser cumpridas ao longo deste projeto para que nos possamos ajudar uns aos outros:

- 5. EVITAR CONVERSAS DEPRESSIVAS:** Utilizar este grupo para o suporte e não como um eco para a depressão. O melhor apoio vem de ajudarmo-nos uns aos outros, por isso vamos evitar as conversas depressivas e focarmo-nos em coisas positivas.
- 6. PERMITIR QUE CADA PESSOA TENHA TEMPO IGUAL:** Para aproveitar ao máximo este projeto, cada um de deve ter a oportunidade de partilhar ideias, perguntar, e discutir as dificuldades que tem ao usar as técnicas que vão ser desenvolvidas.
- 7. AS COISAS PESSOAIS QUE FALAMOS NO GRUPO NÃO SÃO PARA SER PARTILHADAS FORA DESTE GRUPO:** Qualquer informação discutida na entrevista de admissão permanecerá confidencial e não será partilhada com o grupo. Espera-se que todos honrem a regra da confidencialidade, não comentando com outras pessoas que não fazem parte do grupo situações pessoais das sessões em grupo. Pode sempre existir quem viole esta regra, mas se existir alguém que tenha algum problema sobre a confidencialidade por favor, esteja à vontade para vir falar comigo sobre isso.
- 8. OFERECER SUPORTE:** Os comentários e feedback devem ser:
 - **CONSTRUTIVOS** (Evitar críticas; gozos e sarcasmo que não são permitidos);
 - **RECOMPENSADORES** (Concentrar-se mais nos aspetos positivos do que naquilo que os outros estão a dizer ou a fazer e desenvolver competências);

- **CARINHOSOS** (Mostrar aos outros membros do grupo que te importas com eles demonstrando ser atencioso e respeitador);
- **SEM PRESSÃO** (Não forçar os outros a fazer algo que eles não querem fazer).

Lembrem-se: todos nós temos algo para contribuir, então vamos tentar ajudarmo-nos uns aos outros.

APRENDER A CONTROLAR A PRÓPRIA VIDA

Quem ou o quê controla a tua vida?

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que ofereçam algumas respostas para essa pergunta. Escreva as sugestões no quadro. Se as respostas se concentrarem em fatores externos, escreva um grande **TU** no quadro. Se algumas das respostas indicarem que o **EU** está a controlar, destaque-as. Normalmente, os adolescentes concentram-se em fatores externos, em vez de afirmar que são eles próprios que controlam as suas vidas, na maioria das coisas.

Existem muitos fatores que controlam a vossa vida, mas o que queremos é que se foquem em vocês. Vocês conseguem controlar muitos dos aspetos da vossa vida, mesmo que não consigam fazê-lo agora. Podem aprender a controlar como se sentem e a melhorar o vosso humor. A maioria dos adolescentes que entram nesse projeto sentem que têm pouco ou nenhum controle sobre o seu humor. Neste projeto irão aprender **COMPETÊNCIAS** que vos ajudarão a superar sentimentos de depressão e sobretudo a gerir conflitos, e irão descobrir que com essas habilidades podem, de facto, controlar o vosso humor.

Enfermeiro: Ao longo destas sessões vamos aprender novas técnicas e desenvolver novas competências em diversas áreas.

O que é que é preciso fazer para aprender uma nova habilidade? Por exemplo, tocar guitarra é uma habilidade. O que têm que fazer para aprender a tocar guitarra?

PRATICAR! Praticar é uma parte importante deste projeto e à medida que ficarem a conhecer novas competências nas sessões será necessário que as pratiquem diariamente. Este será o vosso “**TRABALHO PARA CASA**”.

A primeira competência que vamos treinar é **CONHECER NOVAS PESSOAS**. Vamos começar por uma conversa, uma vez que iniciar uma conversa com alguém é uma maneira de demonstrar às pessoas que vocês gostam delas, e isso permite que elas mostrem o quanto gostam de vocês também. Gostar das pessoas e ser amado faz-nos sentir mais felizes. A regra para esta sessão é: **As pessoas gostam de ti, se tu gostares delas.**

FAZER NOVAS INTERAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS

Enfermeiro: De que forma mostramos às pessoas que somos amistosas?

Solicitar respostas aos adolescentes. Dar a oportunidade para que todos respondam e resumir as respostas.

Como ser uma **PESSOA AMISTOSA**:

5. Olhar para a pessoa enquanto se fala ou se ouve;
6. Sorrir pelo menos uma vez (se for mais melhor);
7. Dizer alguma coisa positiva à outra pessoa;
8. Falar um pouco de si próprio.

PPT: Apresentar em Power Point o seguinte quadro resumido.

COMO SER UMA PESSOA AMISTOSA	
	<ul style="list-style-type: none">• Fazer contato visual• Sorrir• Dizer coisas positivas• Falar sobre si próprio

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às perguntas **1, 2 e 3** na página 4 do Manual.

ATIVIDADE DE GRUPO PESSOA AMISTOSA

Enfermeiro: Vamos praticar estas competências enquanto nos vamos conhecendo melhor. Nesta atividade, cada um vai falar sobre si mesmo e ouvir alguém falar sobre si mesmo. Aqui estão algumas perguntas que podem utilizar para aprender mais sobre a outra pessoa:

- De onde são?
- O que gostam de fazer?
- O que fazem melhor?
- Quem são as pessoas mais importantes da vossa vida?
- Têm animais de estimação?

Formem pares ou grupos de três. O objetivo deste exercício é que os adolescentes aprendam mais uns sobre os outros e se apresentem ao resto da turma.

De seguida, quando tiverem trocado as informações entre colegas, e tiverem sido utilizadas as técnicas para serem pessoas amistosas, cada adolescente irá apresentar o seu colega ao resto do grupo.

Enfermeiro: O enfermeiro deve apresentar-se brevemente, abordando o maior número possível de perguntas da entrevista escritas no Power Point.

À medida que os adolescentes participam do exercício, certifique-se que os elogia e valoriza o seu esforço (especialmente os adolescentes mais tímidos e retraídos) por terem tentado usar as competências para serem pessoas amistosas e as perguntas da entrevista. No final, peça um **FEEDBACK CONSTRUTIVO** usando o procedimento descrito abaixo.

FEEDBACK CONSTRUTIVO

Enfermeiro:. Mantenham-se com o mesmo colega de equipe. Agora deverão ser solidários e dar um ao outro **FEEDBACK CONSTRUTIVO** sobre quão amistosos cada um de vocês foi.

Primeiro, olhem para a lista “**COMO SER UMA PESSOA AMISTOSA**” no Power Point e comentem as coisas que o vosso colega de equipe **FEZ BEM**. Então, refiram uma coisa da lista que o vosso colega de equipe poderia ter feito melhor para parecer mais amistoso. Mesmo que duas ou mais coisas precisem de ser melhoradas, refiram apenas **UMA COISA** que tenha feito maior diferença. Cada pessoa deve acabar com uma coisa que poderia ter sido feita melhor. Todos nós temos algo em que precisamos trabalhar. **Ninguém é perfeito.**

Enfermeiro: Exemplificar como fornecer **FEEDBACK CONSTRUTIVO**. Escolher um adolescente e descrever as habilidades amistosas que fizeram bem primeiro, depois referir uma habilidade que essa pessoa poderia fazer melhor.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos alunos que respondam às perguntas **4 e 5** da página 4 do Manual.

Respostas: A resposta à Pergunta 5 no Manual é o vosso **TRABALHO PARA CASA** para os próximos dias. O objetivo é ter conversas com pessoas que conhecem e praticar as competências para ser uma pessoa amistosa.

APRENDER A MUDAR A VIDA

Objetivos:

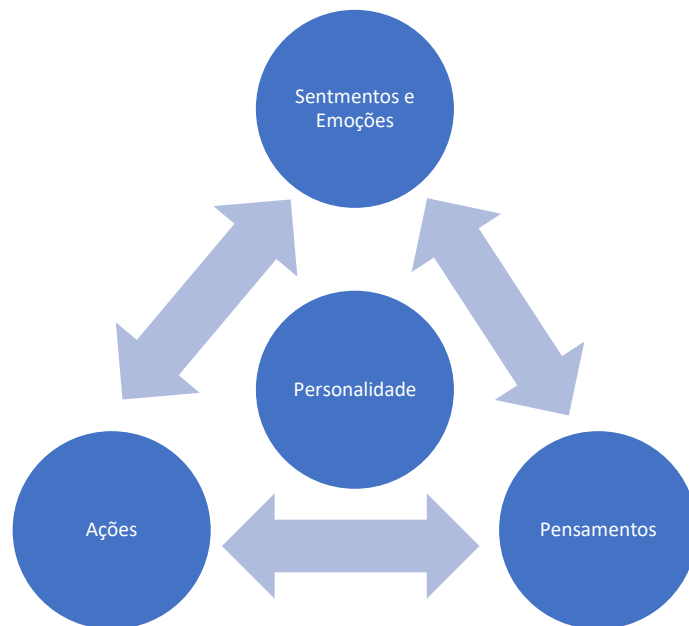
3. Demonstrar três aspetos da personalidade de uma pessoa que contribuem para a depressão;
4. Auxiliar o adolescente a identificar se um pensamento, sentimento ou ação contribuem para a depressão.

PERSONALIDADE: SISTEMA DE TRÊS PARTES

Enfermeiro:

A partir de agora vamos começar a falar um pouco sobre a depressão. De acordo com a nossa perspetiva cada um tem uma personalidade constituída por três partes distintas.

PPT: Apresentar em Power Point o diagrama seguinte.



Enfermeiro: A depressão pode começar em qualquer uma destas três áreas: sentimentos e emoções, ações e pensamentos. Consequentemente, cada área afeta as outras duas.

Qual destas partes é mais fácil de controlar?

Se os adolescentes responderem que é mais fácil controlar e mudar as emoções primeiro, responder da seguinte forma: “A maioria das pessoas procura modificar as emoções primeiro, ou seja, tentam sentir-se melhor primeiro. No entanto, esta é a parte mais difícil de alterar. É muito mais fácil aprender competências para modificar os pensamentos e as ações, e isso, por sua vez, irá modificar a forma como as pessoas se sentem”.

No nosso caso, ao longo destas sessões vamos focarmo-nos principalmente na modificação de ações, em particular ao nível da comunicação e da resolução de problemas.

- Ações e pensamentos **DEPRESSIVOS** têm resultados desagradáveis e insatisfatórios.
- Ações e pensamentos **POSITIVOS** fazem-nos sentir bem.

Quais dos seguintes pensamentos e ações são **DEPRESSIVOS** e quais são **POSITIVOS**?

5. Afastamento dos amigos.
6. Divertir-se com os amigos.
7. Dizer a ti próprio que és chato.
8. Lembrares-te de alguém que se preocupa com contigo.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes responderem às questões **6, 7, 8 e 9** das páginas 5 do Manual.

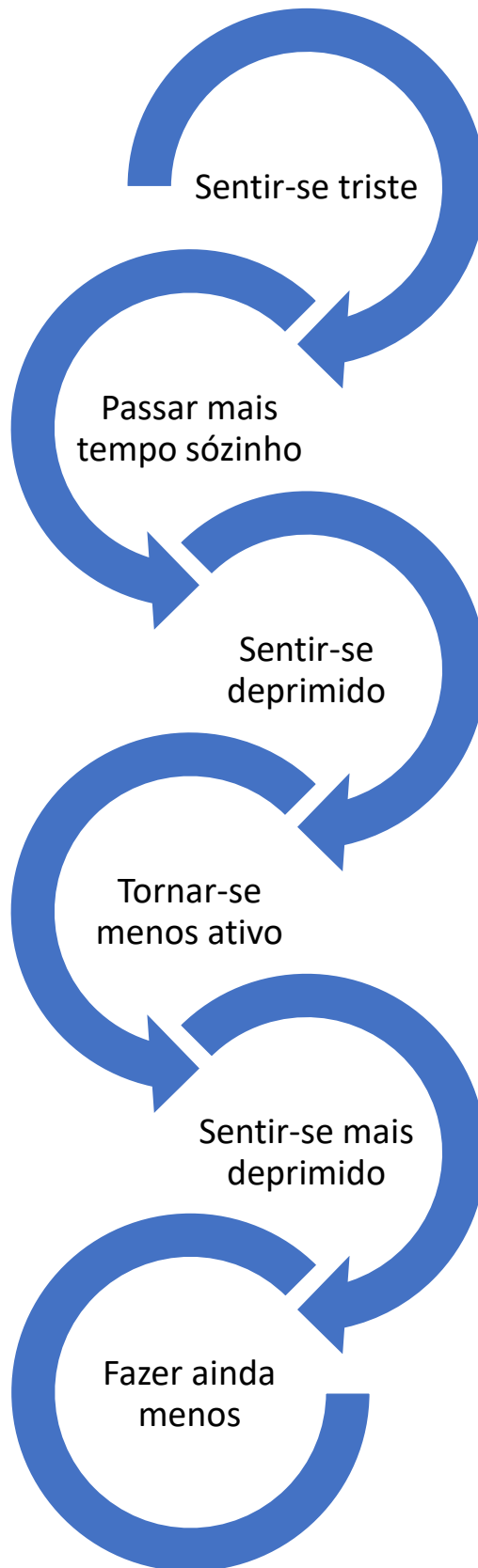
Enfermeiro: Enquanto os adolescentes trabalham nas perguntas, ande pela sala dando assistência. Quando 80% dos adolescentes terminarem, corrija as respostas. Esta é uma diretriz geral - não faça a maioria esperar por alguns. Dar assistência a alguém que necessita de maior apoio, permita que eles preencham as respostas e façam correções à medida que passa pelas respostas.

ESPIRAIS EMOCIONAIS

Quando nos sentimos mal, estamos menos propensos a fazer coisas de que gostamos. Adicionalmente, surgem dúvidas sobre a nossa capacidade de sermos bem-sucedidos ao realizarmos certos tipos de ações (por exemplo, fazer novos amigos). Quando somos bem-sucedidos na realização de algo, sentimo-nos bem e ganhamos autoconfiança. Quando podemos fazer algo bem, sentimo-nos bem e somos encorajados a fazer mais coisas no futuro.

PPT: Apresentar no Power Point o seguinte diagrama das espirais emocionais.

Espiral Descendente



Espiral Ascendente



Enfermeiro: Podem pensar que estas **ESPIRAIS** se podem movimentar nas duas direções. Deste modo, a forma como se sentem afeta o modo como pensam e consequentemente como se comportam e assim por diante. Pensem no triângulo que discutimos anteriormente que representa as três partes da nossa personalidade. Tudo está interligado.

Estas são algumas das coisas que podem iniciar uma **ESPIRAL DESCENDENTE** para a depressão:

6. Participar de poucas atividades positivas ou divertidas.
7. Sentir-se deprimido.
8. Fazer menos.
9. Pensamentos negativos.
10. Sentir-se pior e depois fazer menos, etc.

Estas são algumas das coisas que podem iniciar uma **ESPIRAL ASCENDENTE**: Uma espiral positiva pode quebrar um ciclo negativo e reverter a depressão.

5. Ser bem-sucedido em alguma coisa.
6. Sentir-se confiante.
7. Fazer coisas mais divertidas.
8. Ter amigos.

Enfermeiro: Ler dois exemplos de modo a que os adolescentes identifiquem o tipo de espiral representada e o que mantém a espiral.

Enquanto ouvem esses exemplos, quero que pensem em duas coisas. Primeiro, que tipo de espiral está representado em cada exemplo? Em segundo lugar, o que mantém a espiral em funcionamento?

EXEMPLO 1

João, um estudante de 16 anos de idade, tinha tido mau resultado na escola durante os últimos meses. Ele começou a dizer a si mesmo que era um fracasso e que nunca seria bem-sucedido em nada. Nos últimos meses, começou a afastar-se dos seus amigos e a passar mais tempo sozinho no seu quarto, pensando que ninguém gostava dele ou que queria passar tempo com ele. Começou a sentir-se deprimido e cansado. Acabou por

descobrir que tinha dificuldade em se concentrar e as suas notas pioraram ainda mais. Ele começou a faltar às aulas vários dias por semana e passou os dias sozinho, infeliz e confuso.

EXEMPLO 2

Quando Marco entrou no grupo de trabalho, ele tinha a certeza de que as coisas nunca iriam correr bem para ele. No entanto, ele trabalhou com o grupo para desenvolver um plano para mudar os pensamentos negativos que estava a ter sobre si próprio e para substituir esses pensamentos por outros mais positivos. No passado, o Marco gostava de tocar guitarra com alguns amigos, mas quando ficou deprimido, parou de fazer isso. Com o incentivo do grupo, começou a tocar com os seus amigos novamente. Quando Marco se tornou mais ativo socialmente e passou menos tempo focado em pensamentos negativos sobre si próprio, descobriu que a sua depressão diminuía e o seu humor melhorava, embora não tivesse feito nada diretamente para tentar mudar o seu humor.

Podem dar-me um exemplo de uma espiral descendente? E um exemplo de uma espiral ascendente?

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para pensarem em coisas que causem uma espiral descendente. Na questão **10** do Manual (página 6) devem identificar alguns pensamentos ou ações pessoais específicas que os deixem ficar deprimidos. Dê um exemplo de um pensamento específico ao descrever uma espiral descendente própria.

Pedir aos adolescentes para pensarem em coisas que causem uma espiral ascendente. Na questão **11** do Manual (página 6) devem identificar alguns pensamentos ou ações pessoais específicas que os façam sentir bem. Dê um exemplo de um pensamento específico ao descrever uma espiral ascendente própria.

Neste projeto, vamos aprender algumas competências para mudar a **ESPIRAL DESCENDENTE PARA UMA ASCENDENTE**.

Vamos trabalhar em particular para mudar as **AÇÕES**:

7. Melhorando as habilidades sociais - já começamos a fazer isso ao trabalhar com competências sociais.
8. Desenvolvendo habilidades eficazes de comunicação e resolução de problemas – foco principal de atenção.
9. Procurando aumentar as atividades agradáveis - fazer coisas mais divertidas.

Infelizmente não vamos ter tempo para trabalhar as mudanças de **PENSAMENTOS**:

5. Ao parar pensamentos negativos.
6. Ao aumentar pensamentos positivos.

Nem para mudar os **SENTIMENTOS**:

9. Ao mudar os nossos pensamentos.
10. Ao mudar as nossas ações.
11. Ao aprender a habilidades de relaxamento.

Contudo, são áreas que podem ser sempre trabalhadas de forma individual.

TRABALHO PARA CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 7 do Manual.

Enfermeiro: Reparem que na página 7 do vosso Manual está descrito o vosso Trabalho para Casa para esta primeira Sessão. Até à próxima Sessão deverão fazer o seguinte:

3. Praticar as competências para serem **PESSOAS AMISTOSAS**. Estas encontram-se descritas na pergunta 5 da página 4 do vosso Manual.
4. **LEMBRAR-SE DE TRAZER TODAS AS SESSÕES O MANUAL DO ADOLESCENTE!!**

Enfermeiro: Têm alguma questão?

Primeiro dia de sucesso!

Vamos já iniciar no vosso trabalho de caso. Falem com alguém que conheceram hoje e utilizem as competências amistosas. Assim, vão já praticar!

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos aprender mais sobre competências de comunicação. Boas habilidades de comunicação são importantes para mudar situações que podem levar à depressão. A comunicação também ajuda a trabalhar quando não há mais nada que possamos fazer.

QUESTIONÁRIO

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para preencherem o questionário sobre depressão e competências sociais da página 8.

Depois de todos terminarem, ler as respostas em voz alta de modo a que todos possam corrigir o seu próprio questionário.

Questionário sobre a Sessão 0

DEPRESSÃO E COMPETÊNCIAS SOCIAIS

4. A tua personalidade é um sistema de três partes. Refere o nome das três partes.

(Ajuda: Lembra-te do triângulo)

d) _____

e) _____

f) _____

5. Refere o nome de quatro coisas que pessoas amigáveis fazem.

e) _____

f) _____

g) _____

h) _____

6. As pessoas podem controlar os seus sentimentos?

c) Sim, com prática

d) Não, de maneira nenhuma

12. Qual é a tua espiral de humor se fizeres as seguintes coisas? Marca “A” ou “D” para indicar para cima ou para baixo.

	Cima	Baixo
	(A)	(D)
Divertir-me com os amigos	A	D
Dizer que sou estúpido	A	D
Acreditar que ninguém gosta de mim	A	D
Dizer a alguém que gosto de alguma coisa nessa pessoa	A	D

13. É possível as pessoas mudarem ou controlarem os seus pensamentos?

c) Sim

d) Não

SESSÃO 1
Comunicação 1

Material necessário:

4. Manual do Adolescente
5. Canetas e Lápis
6. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- I. Revisão da Sessão anterior
- J. Verificação dos trabalhos para casa
- K. Princípios da Comunicação
- L. Escutar – Três tipos de resposta
- M. Julgar VS Compreender
- N. Definição do trabalho para casa
- O. Questionário
- P. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

Boas competências comunicacionais promovem o desenvolvimento de boas relações.

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO

Objetivos:

4. Discutir a comunicação com base na informação que é enviada e recebida.
5. Ilustrar a comunicação não verbal.
6. Introduzir o conceito de quebra de comunicação.

Enfermeiro: Para iniciarmos uma conversa habitualmente usamos certas competências de comunicação ou competências sociais. Destas podemos destacar as competências para entrar ou sair de uma conversa com uma pessoa ou grupo, dizer coisas positivas a outras pessoas e criticar de forma construtiva. Vimos estes aspetos de forma resumida na primeira sessão quando nos apresentámos ao grupo.

Agora o que pretendemos é desenvolver estas competências através da forma como comunicamos uns com os outros. Para esta sessão a regra é: **Boas competências comunicacionais promovem o desenvolvimento de boas relações.**

Definição de Comunicação: “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.” (Phaneuf, 2005, 23)

Princípios Gerais da Comunicação:

- A comunicação encontra-se em toda a parte (Encontra-se na nossa sociedade nos media, no olhar, nas expressões, nas roupas, na maneira de ser e até no silêncio);
- É impossível não comunicar (A linguagem do corpo fala por nós, mesmo quando não queremos falar transmitimos alguma coisa);
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo (No plano cognitivo transmitimos informações por meio de palavras, no plano afetivo transmitimos através do comportamento não verbal sentimentos e emoções que fazem subentender as palavras);
- A comunicação pode ser intencional ou acidental (Nas mensagens transmitidas as intencionais correspondem às necessidades do momento, enquanto que as acidentais são alimentadas pelas emoções, podendo ser contraditórias face aquilo que realmente as nossas palavras expressam);
- No caso de mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido (No caso de mensagens contraditórias a comunicação pode tornar-se falseada, uma vez que o inconsciente memoriza com maior facilidade as características como o tom de voz, a entoação ou o volume);
- A comunicação é dificilmente revertida (Uma má comunicação dificilmente é esquecida, causando má impressão no interlocutor);

- Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão tom à relação (O início de uma conversa permite o desenvolvimento de uma melhor relação interpessoal, ao passo que um mau começo dificilmente se consegue corrigir).

Enfermeiro: Considerando estes pressupostos retemos essencialmente dois pontos:

4. A comunicação envolve o envio e a receção de informações. Uma pessoa fala (o “remetente”) enquanto a outra pessoa ouve (o “recetor”). Durante uma conversa, as pessoas geralmente alternam entre as funções de remetente e destinatário enquanto se revezam conversando e ouvindo umas às outras.
5. As palavras geralmente fazem parte do processo de comunicação, mas existem outras maneiras de enviar informações que não envolvem palavras. Isto é chamado de **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL**. Por exemplo, o tom de voz, expressões faciais, gestos e o modo como o corpo se apresenta também comunicam algo à outra pessoa.

PPT: Demonstração de alguns exemplos em Power Point Identificar as emoções comunicadas em cada imagem.

6. Enviar e receber informações é um processo delicado. Às vezes, a pessoa que está a ouvir pode receber uma mensagem que não é o que o remetente pretendia comunicar. Isto é o que chamamos de **QUEBRA DE COMUNICAÇÃO**.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 10 do Manual e responder às questões 1 e 2.

Respostas corretas: 1- b) e d); 2- b)

ESCUTAR – TRÊS TIPOS DE RESPOSTA

Objetivo:

2. Demonstrar de três formas como responder ao que outra pessoa está a dizer – resposta irrelevante, escuta parcial e escuta ativa.

Enfermeiro: Vamos dar início a uma parte importante da comunicação. Vamos olhar para três formas diferentes de responder a outra pessoa.

A primeira forma chama-se **RESPOSTA IRRELEVANTE**.

ATIVIDADE DE GRUPO RESPOSTA IRRELEVANTE

Agrupem-se em pares para formar uma equipe de discussão. Em seguida, escolham um assunto e conversem sobre isso. É obrigatório permanecer no mesmo assunto durante a discussão, mas o que respondem **NÃO DEVE SER RELACIONADO** com aquilo que o vosso colega está a falar. Ajam como se não estivessem a ouvir o que o vosso colega diz. **(Prazo: 2 minutos.)**

Enfermeiro: Pedir a um adolescente para fazer uma declaração e de seguida comentar sobre o mesmo assunto, mas deixando a sua resposta totalmente alheia ao que o adolescente disse.

5. Como se sentiram por fazerem uma declaração e ter o vosso colega a agir como se não vos tivesse ouvido?
6. Como se sentiram ao ignorar a declaração do vosso colega?

Seguidamente vamos apresentar outro tipo de resposta: Denomina-se **ESCUTA PARCIAL**

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA PARCIAL

Continuem a discussão. Ouçam desta vez o que o vosso colega está a dizer, mas apenas com o propósito de mudar o assunto para algo mais interessante para vocês. Por outras palavras, tomem pouca atenção à pessoa que está a falar e depois usem a informação para educadamente introduzir as vossas próprias ideias na conversa. Devem usar uma pequena parte do que a outra pessoa está a dizer, mas seguir a conversa numa direção diferente. **(Prazo: 2 minutos)**

Enfermeiro: Pedir a um adolescente para fazer uma declaração pessoal e de seguida responder de uma forma parecida ao que foi dito, mas relativamente a si próprio.

3. De que forma se sentiram por o vosso colega ter mudado de assunto imediatamente a seguir a vocês terem feito a vossa declaração?
4. De que forma se sentiram por terem mudado de assunto logo após o vosso colega ter feito a declaração?

Este pode ser um estilo confortável ou rotineiro de resposta para alguns adolescentes e como tal, alguns podem não ver nada de errado com isso.

ESCUTA ATIVA

Objetivos:

3. Definir o uso de habilidades de escuta ativa.
4. Praticar o uso de habilidades de escuta ativa.

Enfermeiro: Por último vamos experimentar o terceiro tipo de resposta chamado **ESCUTA ATIVA**. As três regras da escuta ativa estão na página 11 do Manual do Adolescente. Podem também vê-las aqui no quadro.

<h4>REGRAS DA ESCUTA ATIVA</h4>
--

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">4. Confirmar a mensagem.5. Começar com “Tu sentes que...”6. Não aprovar ou desaprovar. |
|--|

Exemplificar:

4. Confirmar a mensagem do remetente com as tuas próprias palavras.
5. Começar as reformulações das frases como “Tu sentes que... “Parece que tu pensas que. . . ” ou “ Vamos ver se entendi o que tu estás a dizer...”
6. Não mostrar aprovação ou desaprovação face à mensagem do remetente.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Agora vamos praticar a **ESCUTA ATIVA**. Eu quero que leiam os três exemplos das páginas 11 e 12 do vosso Manual do Adolescente. Cada exemplo é uma mensagem que foi partilhada por uma pessoa diferente. Existem três respostas após cada mensagem. Escolham a resposta que provavelmente será usada por alguém que segue as regras para ouvir ativamente.

Respostas:**Exemplo 1: b)**

As respostas a) e c) expressam as opiniões do ouvinte, mas não reafirmam a mensagem do remetente. A resposta b) começa com “Tu estás preocupado...”, que descreve o sentimento do remetente.

Exemplo 2: a)

A resposta b) prevê como o remetente se sentirá na próxima semana, em vez de declarar como a pessoa se sente agora. Resposta c) é uma resposta irrelevante, embora seja sobre o remetente.

Exemplo 3: c)

As respostas a) e b) são respostas à pergunta do remetente que mudam o tópico do remetente para o ouvinte. As diretrizes para a escuta ativa exigem que se mantenha o foco na mensagem do remetente, como em c).

ATIVIDADE DE GRUPO ESCUTA ATIVA

Formem duplas novamente. Desta vez, uma pessoa fará três declarações enquanto a outra pessoa usa habilidades de escuta ativa para responder. Esta não será uma discussão como as duas primeiras atividades da equipe, porque a escuta ativa significa que o remetente é a única pessoa que introduz qualquer nova informação. A pessoa que está a ouvir simplesmente fica concentrada no significado da mensagem do remetente.

Faremos isto do seguinte modo:

1. Um de vocês faz uma declaração sobre si próprio, sobre a outra pessoa, ou sobre o relacionamento entre vocês os dois. Tentem usar uma declaração que expresse um sentimento verdadeiro, real, algo que tenha significado para ambos.
2. O outro ouve ativamente e repete a mensagem do remetente através das suas próprias palavras. Ao confirmar a mensagem, deve começar com “Tu sentes que...” ou “Parece que pensas que...”

Enfermeiro: Pedir um voluntário e fazer um role-play sobre os dois passos da atividade. Peça ao adolescente para fazer uma declaração e responda de modo a confirmar a declaração inicial através da escuta ativa.

Decidam qual de vocês será o primeiro e sigam estes passos para cada uma das três declarações que cada um faz. De seguida, troquem os papéis para o colega fazer também um total de três declarações, enquanto a primeira pessoa confirma cada mensagem. O limite de tempo para esta atividade é de **5 minutos**. Há alguma pergunta?

Enfermeiro: Reforce o desempenho dos adolescentes e elogie-os pelos seus esforços. Não exija habilidades de parafrasear neste momento.

5. Como te sentiste ao fazer uma declaração e ao ter o teu colega a confirmar a mesma?
6. Como te sentiste ao repetir a declaração feita pelo teu colega com as tuas próprias palavras?

7. Quando eras tu que estavas a ouvir, tiveste dificuldade em entender a mensagem?
8. Quando eras tu que estavas a falar ou a enviar a mensagem, achaste que o recetor não recebeu a mensagem como pretendias?

Enfermeiro: Algumas das equipas provavelmente encontraram falhas de comunicação durante esta atividade. A única razão pela qual estavam cientes dessas interrupções é porque o recetor deu ao remetente feedback sobre o significado da mensagem. Este tipo de escuta permite que o remetente esclareça quaisquer equívocos.

Existem muitas falhas de comunicação que passam despercebidas nas conversas do dia-a-dia porque as pessoas geralmente não usam habilidades de escuta ativa. Às vezes, essas **QUEBRAS DE COMUNICAÇÃO LEVAM AO CONFLITO**. Isto é lamentável porque muitos desses conflitos poderiam ser evitados através do uso de habilidades de escuta ativa.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Ler a regra “Tu só podes falar por ti próprio depois de teres confirmado a mensagem do remetente.”

Quero que pensem sobre essa regra enquanto respondem às questões 4 e 5 da página 12 do Manual.

Respostas: As respostas corretas para a questão 4 são b), c) e e). As respostas corretas para a questão 5 são a), b), c) e d).

JULGAR VS COMPREENDER RESPOSTAS

Objetivo:

2. Explicar a diferença entre as respostas que julgam e respostas que compreendem.

Enfermeiro: Aprendemos que uma maneira de evitar falhas de comunicação diz respeito ao facto de o ouvinte confirmar ao remetente pelas suas palavras a mensagem transmitida. Chamamos a isto **COMPREENDER A RESPOSTA**.

Esse tipo de resposta permite que a outra pessoa (remetente) saiba que foi ouvida (ouvinde) a mensagem e incentiva-o a dizer mais.

No entanto, habitualmente as pessoas respondem à mensagem do remetente com uma mensagem que **JULGA**. Neste caso, o recetor (ouvinte) informa ao remetente o que ele pensa da mensagem aprovando ou desaprovando, concordando ou discordando, da resposta, fazendo com que as pessoas falem menos sobre como se sentem.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Responder à questão **6, exemplo 1 e 2** da página 13 do Manual.

Respostas corretas: *Exemplo 1 a) C, b) J.; Exemplo 2 a) J, b) C.*

Enfermeiro: COMPREENDER UMA RESPOSTA permite ao remetente saber que a mensagem foi recebida com precisão e incentiva o remetente a expandir a mensagem. **JULGAR UMA RESPOSTA** tende a tornar o remetente defensivo e pode levar a argumentos.

No início de um relacionamento, é importante usar muita compreensão nas respostas. Mais tarde no relacionamento, podem ser introduzidas as respostas que julgam ocasionalmente.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Responder à questão **6, exemplo 3 e 4** página 14 do Manual.

Respostas corretas: *Exemplo 3 a), b); Exemplo c), e) e f).*

TRABALHO PARA CASA

Manual do Adolescente: Pedir para os adolescentes abrirem o Manual na página 15.

2. O objetivo desta sessão é praticar a escuta ativa. Pretende-se que tentem redefinir a mensagem enviada por alguém pelo menos uma vez por dia. Mantenham um registo

do que aconteceu usando o formulário da Escuta Ativa na página 17 do Manual. (Lembre-se das sugestões que demos anteriormente).

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para todos responderem ao questionário da página 16 do Manual do Adolescente.

Quando todos terminarem corrigir em voz alta o questionário.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos falar e aprender mais sobre comunicação. Especificamente, vamos aprender sobre como comunicar sentimentos positivos e negativos.

Questionário sobre a SESSÃO 1

COMUNICAÇÃO 1

3. Tu estás a falar com um amigo teu que encontras e dizes “Ontem estava a ver o Facebook e vi o trailer de um filme TOP onde destroem tudo por onde passam e têm lutas enormes!” O teu amigo responde de acordo com as seguintes frases. **(Para cada resposta, indica se é uma resposta irrelevante (IR), escuta parcial (EP) ou escuta ativa (EA)).**

- e) A sério? Eu vi na televisão um programa onde o Homem Aranha se junta a uma Super Galinha e abrem um restaurante de Sushi, que na verdade é um quartel general para combater o crime.
- f) Adivinha só quem eu vi ontem? O teu amigo Pedro! E ele perguntou por ti!
- g) Tenho estado a tentar convencer os meus pais a deixarem-me ir no fim de semana para a Zambujeira com o resto da malta. O que é que faço se eles não deixarem?
- h) Epa!! Parece que viste uma cena brutal no Facebook! Conta-me mais sobre o que viste. Quem é que ganhou?

4. Quais das seguintes afirmações fazem parte da escuta ativa? **Marca todos os que se aplicam.**

- g) Recomeçar a mensagem do remetente pelas tuas próprias palavras.
- h) Levantares-te e andares à volta da sala enquanto falas.
- i) Ter a iniciativa de escolher os tópicos da conversa
- j) Responder ao remetente com a frases como “Parece que sentes que...”
- k) Ouvir o que está a ser dito sem indicar aprovação ou desaprovação ao remetente da mensagem.
- l) Usar muita linguagem gestual enquanto falas.

SESSÃO 2
Comunicação 2

Material necessário:

4. Manual dos Adolescentes
5. Canetas e Lápis
6. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- H. Revisão da Sessão anterior
- I. Verificação dos trabalhos para casa
- J. Expor sentimentos positivos
- K. Expor sentimentos negativos
- L. Definição do trabalho para casa
- M. Questionário
- N. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

A exposição de sentimentos ajuda as relações interpessoais a crescerem.

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Enfermeiro: Vamos verificar rapidamente o que abordamos na última sessão. Vou fazer algumas perguntas e agradeço que levantem a mão se souberem a resposta.

QUESTIONÁRIO ORAL

4. **O que é a escuta ativa?** (Resposta: Confirma o que alguém disse pelas suas próprias palavras para teres certeza que recebeu a mensagem correta.)
5. **Quais são as três regras da escuta ativa?** (Resposta: Confirmar a mensagem com as suas próprias palavras; começar a resposta com “tu sentes que...” ou “tu pensas que...”; e não demonstrar aprovação ou desaprovação face ao conteúdo da mensagem ou do remetente.)

6. Estas são respostas que julgam ou que compreendem?

- c) Vá lá! Tu consegues! (Resposta: Julgamento)
- d) Tu sentes-te cansado e queres desistir. (Resposta: Compreensão)

REVISÃO DO PROGRESSO DO ADOLESCENTES

- 4. Praticaram a escuta ativa?
- 5. Praticaram a confirmação da mensagem pelo menos uma vez por dia e tiraram notas de acordo com o formulário da Escuta Ativa do vosso Manual na página 17?
- 6. Como é que se sentiram?

EXPOR OS SENTIMENTOS POSITIVOS

Objetivos:

- 3. Compreender como fazer declarações pessoais úteis usando a abordagem de auto-revelação.
- 4. Ensinar os adolescentes a expressar frases de sentimentos positivos na forma de um evento de ativação e uma reação de sentimento pessoal.

Enfermeiro: Da última vez, discutimos a ideia de que a comunicação envolve o envio e a receção de informações. Também realizamos algumas atividades práticas para nos ajudar a desenvolver melhores habilidades de escuta.

Hoje, vamos trabalhar em algumas competências que nos vão ajudar a **FALAR SOBRE NÓS MESMOS** e no modo como nos sentimos. Essas competências são importantes por vários motivos. Uma das razões é que, **AO EXPORMOS OS NOSSOS SENTIMENTOS, PODEMOS MUITAS VEZES MUDAR OS EVENTOS DE ATIVAÇÃO (o que aconteceu).**

Expressar os sentimentos permite que as outras pessoas saibam como estão a reagir a elas, podendo desse modo alterar o seu comportamento. Esse feedback permite que outras pessoas aumentem os comportamentos que vos fazem sentir bem e diminuam os

comportamentos que vos causam sofrimento. Partilhar como se sentem também é uma boa forma de lidar com os vossos sentimentos.

AUTO-REVELAÇÃO

É importante utilizar uma determinada abordagem quando falam sobre si próprios e na forma como se sentem. Algumas abordagens são mais úteis do que outras. Uma abordagem que é particularmente útil é chamada de **AUTO – REVELAÇÃO**. Esta abordagem permite **DECLARAÇÕES PESSOAIS** que envolvem contar coisas importantes sobre si próprio e / ou partilhar os seus sentimentos com outra pessoa.

3. **O que é auto - revelação?** (Resposta: Partilhar os seus sentimentos com outra pessoa e / ou contar coisas importantes)

4. **Porque é que a auto – revelação importante?** (Resposta: Porque ajuda a construir boas relações com os outros. É uma ferramenta importante para desenvolver fortes amizades.)

Uma boa declaração de auto – revelação é composta por duas partes. Primeiramente necessita de descrever **COMO REAGE** (qual é o seu sentimento), depois deverá contar **O QUE ACONTECEU** (o evento ou motivo de ativação que provocou o seu sentimento).

Podem usar a abordagem de auto - revelação para descrever **SENTIMENTOS POSITIVOS** ou **NEGATIVOS**. Primeiro vamos nos concentrarmos em expressar sentimentos positivos.

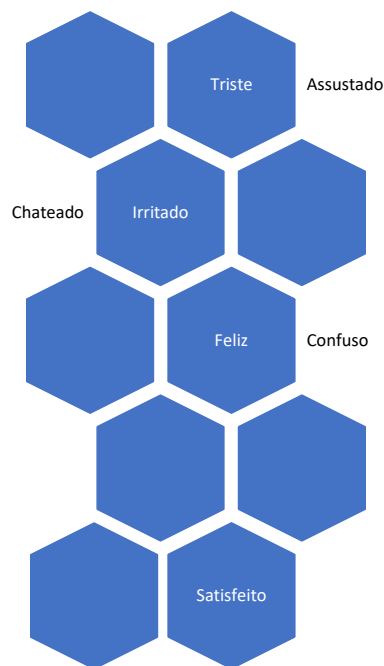
EXPRESSAR SENTIMENTOS POSITIVOS

Enfermeiro: Podem expressar um sentimento positivo ao dizer algo como "Tu fazes-me feliz". Não existe qualquer problema em dizer isso com sinceridade a alguém, mas é mais

eficaz se utilizarmos uma declaração pessoal como "Sinto-me feliz quando estou contigo". "

2. Como poderíamos reformular a seguinte frase "Tu entendes-me" para uma declaração pessoal? (Resposta possível: "Sinto-me compreendido quando estou contigo".)

Pode ser difícil descrever os nossos sentimentos. A maneira mais fácil de fazer isso é utilizando palavras que sugiram "sentimentos" como **triste, assustado, irritado, chateado, feliz, irritado, confuso e satisfeito.**



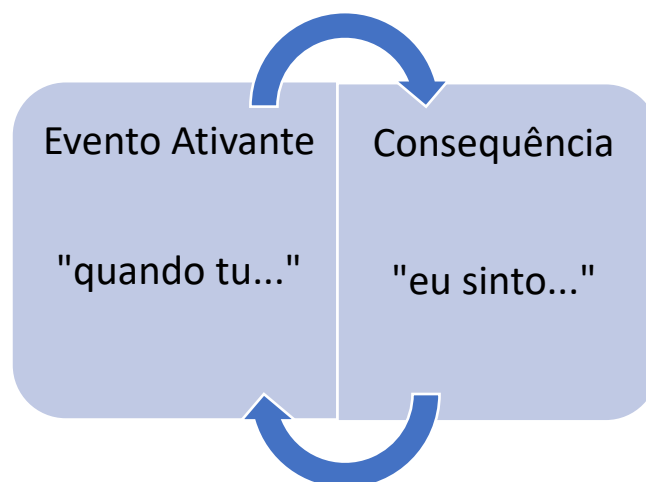
Que outras palavras poderíamos usar para descrever sentimentos? (Possíveis respostas: **apavorado, nervoso, quieto, malvado, amedrontado, carinhoso e deprimido.**) **LEMBRAR PALAVRAS POSITIVAS**



PPT: Apresentar todas respostas oferecidas pelos alunos no quadro e as restantes no PPT com o título “Sentir Palavras”. Essas palavras serão usadas mais tarde num exercício prático.

A expressão de um sentimento pessoal com frequência não faz sentido para outra pessoa até que descrevam a razão ou o evento de ativação. Por exemplo, “estou triste porque aconteceu (a situação X)”. A identificação do evento de ativação também explica à outra pessoa porque é que estão a sentir-se assim.

PPT: Apresentar o seguinte diagrama



Quando fazemos declarações sobre os nossos sentimentos, descrevemos a consequência (“eu sinto ...”) e então identificamos o evento de ativação (“quando tu ...”).

Vamos demonstrar com um exemplo. É melhor dizer a alguém “sinto-me feliz quando sorrio” do que simplesmente dizer “Tu és fantástico” ou “Tu fazes-me sentir feliz”. A primeira afirmação é melhor porque diz à outra pessoa como ele faz o outro sentir-se e identifica o que ele fez para se sentir assim.

Manual do Adolescente: Pedir para os adolescentes abrirem o Manual na página 19 e realizarem a pergunta 1. A pergunta pede que escrevam algumas declarações que representem um sentimento pessoal que poderiam utilizar em vez de simplesmente dizer "Tu fazes-me feliz". Utilizem as palavras referentes aos sentimentos que escrevemos no quadro e utilizem o método que vimos anteriormente. Comecem com uma declaração que expresse o sentimento e identifiquem o evento de ativação.

Quando terminarem respondam à pergunta 2 na mesma página do Manual (página 19).

Quando os adolescentes terminarem revejam em conjunto as respostas.

- g) **“Quando estou perto ti, sinto-me confortável e posso ser eu mesmo.”** (Resposta: Esta é uma boa declaração pessoal. É uma descrição clara de como a pessoa se sente quando está com o outro.)
- h) **“Todos nós sentimos que tu és realmente bom.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal de sentimentos. O orador não fala por si mesmo, mas esconde-se por atrás da frase “NÓS sentimos”. “Tu és realmente bom” é um julgamento de valor e não descreve um sentimento pessoal.
- i) **“Todas as pessoas gostam de ti.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal. Contém a palavra de sentimento “gostar”, mas a pessoa não declara o seu sentimento pessoal. Uma declaração pessoal deve incluir “eu”, ou “meu”. Parece mais carinhoso para uma pessoa dizer “eu gosto de ti” ou “todas as pessoas gostam de ti”?)

- j) **“Sinto-me confortável no meu grupo.”** (Resposta: Esta declaração de sentimento pessoal é um pouco vaga. A pessoa começa com a frase “Sinto-me confortável”, que é a consequência. O evento de ativação está implícito, mas não está claramente especificado O que significa "no meu grupo"? A pessoa está a sugerir que existe alguma coisa relativamente ao facto de pertencer ao grupo que o faz sentir-se confortável. Podemos supor que o sentimento positivo da pessoa vem da aceitação, consideração positiva, apoio, e cuidado que é fornecido pelos membros do grupo.)
- k) **“Alguém do meu grupo parece estar sempre por perto quando eu quero companhia.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração de sentimento pessoal. A pessoa faz uma afirmação positiva, mas não identifica um sentimento.)
- l) **“Eu sinto que todos se importam em fazer parte deste grupo.”** (Resposta: Esta não é uma boa declaração pessoal de sentimentos. A pessoa está a dizer “eu acredito” em vez de “eu sinto”). O que a pessoa acredita é que as outras pessoas sentem em relação a ele, no entanto não comunica um sentimento pessoal. A declaração inteira realmente diz respeito a um evento ativador, que é fazer parte de um grupo. A declaração pode ser modificada de modo a torná-la um bom sentimento pessoal. Por exemplo, "Sinto-me aceite e confortável no meu grupo porque todos parecem estar importados pelo facto de eu estar incluído nele."

Enfermeiro: A regra para essa sessão é que a auto - revelação ajuda os relacionamentos a crescerem. Essa regra enfatiza a importância da auto-revelação, mas **QUAL É A MELHOR MANEIRA DE FAZER ISSO?** Felizmente, existem alguns resultados de pesquisa que fornecem respostas a essa pergunta. Nós vamos aprender como fazer a auto-revelação de uma determinada forma.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes irem para a página 19 do Manual e responderem ao seguinte grupo de afirmações verificando se são Verdadeiras (**V**) ou Falsas (**F**), de acordo com aquilo que é considerado útil na auto – revelação. Em seguida, dê a resposta correta e forneça uma explicação. Existem perguntas difíceis e é fácil responder incorretamente, por isso, não permita que os alunos respondam às mesmas

individualmente. Incentive alguma discussão, mas limite o tempo permitido para isso. Analise as perguntas **UMA DE CADA VEZ** e peça aos alunos que escrevam as respostas corretas em no **MANUAL DO ADOLESCENTE** à medida que prosseguem.

AFIRMAÇÕES “O QUE É ÚTIL PARA A AUTO – REVELAÇÃO?”

12. Auto-revelação significa dizer honestamente como uma pessoa se sente acerca de algo que está a acontecer. (Resposta: Isto é **verdade**. A auto-revelação significa partilhar com outra pessoa os próprios sentimentos acerca de alguma coisa que essa pessoa tenha feito ou dito sobre uma situação que acabou de acontecer e na qual ambos têm um interesse comum.)

13. A auto-revelação significa contar todos os detalhes íntimos da própria vida. (Resposta: Isto é **falso**. A auto-revelação não inclui necessariamente detalhes íntimos reveladores da vossa vida. Fazer confissões altamente pessoais pode levar a um sentimento temporário de proximidade, mas um relacionamento a longo prazo é construído através da revelação das reações / sentimentos ao que a outra pessoa diz e faz sobre os eventos que ambos experimentaram.)

14. Esconder suas reações ao comportamento de outra pessoa é uma boa maneira de melhorar seu relacionamento com essa pessoa. (Resposta: Isto é **falso**. Se esconderem como estão a reagir à outra pessoa, o vosso relacionamento não cresce ou melhora. Podem tentar esconder as vossas reações porque se sentem envergonhados ou culpados, ou porque querem evitar um conflito, ou até porque têm medo de ser rejeitados, mas se encobrirem os vossos sentimentos, isso pode fazer com que pareçam superficiais e pouco sinceros, o que pode levar ao isolamento social.)

Enfermeiro: Se os adolescentes responderem a esta afirmação de forma verdadeira, peça para explicarem porquê.

15. A auto-revelação envolve riscos. (Resposta: Isto é **verdade**. Há uma certa quantidade de risco envolvido em dizer a alguém como uma pessoa se sente

relativamente aquilo que outra pessoa está a fazer e a dizer, mas os benefícios em termos de construção de um relacionamento de longo prazo valem a pena.)

16. Quando o comportamento de uma pessoa realmente vos incomoda, devem rejeitá-la. (Resposta: Isto é **falso**. Devem descrever a vossa reação ao comportamento dessa pessoa).

17. O Carlos encontra a Raquel numa festa. A Raquel imediatamente começa a contar ao Carlos sobre a sua relação com o pai. Este é um exemplo de auto-revelação apropriada. (Resposta: Isto é **falso**. O que a Raquel está a falar não tem nada a ver com o Carlos. Ver a afirmação 2.)

18. A Sandra e o Bruno estão a assistir a um pôr do sol. O Bruno descreve um incidente de infância que ainda afeta a maneira como ele reage ao ver o pôr do sol. Este é um exemplo de auto-revelação. (Resposta: Isto é **verdade**. Porquê? Porque a experiência passada do Bruno está a ter impacto na maneira como ele está a reagir a uma experiência onde ele e a Sandra estão juntos.)

19. Uma pessoa deve ser auto-reveladora em todos os momentos, em todos os relacionamentos. (Resposta: Isto é **falso**. As suas decisões sobre a auto-revelação devem basear-se na situação em que se encontra e na natureza de seu relacionamento com a outra pessoa. Uma pessoa que revela muito sobre si mesma pode afastar os outros. Ser muito auto-revelador pode criar tantos problemas quanto revelar pouco. Leva tempo para construir um bom relacionamento, e o nível de auto-revelação deve ser aumentado gradualmente à medida que o relacionamento cresce.)

20. A auto-revelação deve ser um processo duplo - ambas as pessoas num relacionamento devem participar do processo. (Resposta: Isto é **verdade**. Uma pessoa pode tomar a iniciativa e encorajar o processo, mas ambas as partes devem revelar-se para que o relacionamento cresça. Quanto mais uma pessoa se revela, mais ela estimula a outra pessoa a ser reveladora para consigo. Se não responder de maneira semelhante à auto-revelação de outra pessoa, é provável que a outra pessoa pare de se revelar, e o relacionamento parará de crescer.)

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às questões **10** e **11** da página 20 do Manual do Adolescente. Rever as respostas depois de todos terminarem.

21. O que é auto-revelação? (Resposta: Partilhar os seus sentimentos com outra pessoa e / ou contar coisas importantes sobre si próprio.

22. Qual é a melhor maneira de usar declarações de auto-revelação? (Resposta: Fazer **DECLARAÇÕES PESSOAIS** sobre os seus sentimentos ou reações ao comportamento da outra pessoa ou alguma experiência compartilhada. Ambas as partes devem **GRADUALMENTE** utilizá-las à medida que o relacionamento cresce.)

EXPOR OS SENTIMENTOS NEGATIVOS

Objetivos:

- 4.** Explicar como expressar sentimentos negativos nomeando o evento de ativação e a reação do sentimento.
- 5.** Revisar as diretrizes para fazer declarações úteis de auto-revelação sobre sentimentos negativos.
- 6.** Demonstrar como resolver situações problemáticas e sentimentos negativos.

ALTERAR OS EVENTOS DE ATIVAÇÃO NEGATIVOS

Enfermeiro: As pessoas com alguma frequência fazem coisas que nos incomodam. Se dissermos às outras pessoas sobre nossos sentimentos negativos de maneira correta, eles geralmente estão dispostos a tentar mudar a situação. A melhor maneira de fazer isso é a utilizar uma abordagem muito semelhante à que discutimos anteriormente para expor os nossos sentimentos positivos.

Vamos aprender como expor os nossos sentimentos negativos para **MELHORAR A SITUAÇÃO**. É útil expressar os nossos sentimentos negativos às pessoas sobre as quais nos importamos. Se não se importam com a outra pessoa, ou se não têm vontade de melhorar o relacionamento que têm com ela, então devem **EVITAR A SITUAÇÃO**. A regra básica é "se não querem melhorar uma situação, então devem evitá-la." Expressar sentimentos negativos para fazer alguém sentir-se mal ou ficar com ele não é o tipo de comportamento que vamos praticar aqui.

Já aprendemos a usar declarações de auto-revelação para comunicar os nossos sentimentos positivos. Contudo, as declarações de auto-revelação também podem ser usadas para expressar os nossos sentimentos negativos e as queixas que temos sobre o que outras pessoas estão a fazer. É muito mais difícil afirmar sentimentos negativos, mas essa é uma habilidade importante para construir relacionamentos saudáveis.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 20 do Manual.

Rever com o grupo as declarações negativas na **Parte A** e fornecer uma justificação para a resposta correta. Depois pedir aos adolescentes que respondam às cinco perguntas da **Parte B** individualmente. Resumidamente, rever as respostas corretas quando quase todos tiverem terminado.

A segunda declaração do quinto grupo de afirmações expressa sentimentos que provavelmente estão acumulados há muito tempo. É muito importante expressarem os vossos sentimentos o mais cedo possível. Uma boa regra a ser lembrada é "**ESTAR AQUI AGORA!**" Se tivesse sido dito anteriormente, a mensagem na pergunta 5 poderia ter sido algo como "Sinto-me insultado quando me dizes que sou gordo demais na frente de outras pessoas."

Enfermeiro: É importante **SER ESPECÍFICO** quando descrevem um sentimento negativo e o comportamento da outra pessoa foi o evento ou a causa da ativação. Caso contrário, o ouvinte pode não entender o que fez e o que quanto o incomodou. Por exemplo, a declaração "Estou com raiva de ti" informa muito pouco o ouvinte sobre o evento de

ativação; seria muito melhor dizer algo como "Estou com raiva porque tu não me ligaste ontem à noite como disseste que farias."

A melhor abordagem é **DESCREVER O QUE ACONTECEU SEM FAZER UM JULGAMENTO**. Se os julgamentos fizerem parte da mensagem, a outra pessoa torna-se defensiva e deixará de ouvir atentamente o que está a ser dito. Lembrem-se, o que realmente querem é que a outra pessoa ouça exatamente o que têm a dizer.

BOM EXEMPLO. "Eu emprestei-te cinco euros há duas semanas atrás, e tu ainda não me pagaste."

MAU EXEMPLO. "Tu és um ladrão e um mentiroso! Tu nunca tiveste a intenção de pagar os cinco euros emprestados!"

Se não expressarem os vossos sentimentos negativos com palavras, a mensagem é frequentemente comunicada de forma não verbal através da linguagem corporal. É importante **DESCREVEREM OS SENTIMENTOS NEGATIVOS DE FORMA ABERTA ATRAVÉS DAS PALAVRAS**, especialmente se estiverem a comunicar sentimentos negativos. A linguagem corporal permite que a outra pessoa saiba que estão chateados, mas não descreve o evento de ativação.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 23 do Manual. Peça aos alunos que respondam ao primeiro item da **Parte C**, discutam a resposta correta e forneçam feedback. Repitam o procedimento com cada uma das afirmações restantes.

Afirmações

- c) "Cala a boca! Não digas outra palavra. (Resposta: Comandos como estes indicam uma forte emoção, mas eles não descrevem o sentimento que os motivou.)

- d) "O que acabaste de dizer realmente incomoda-me." (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente aborrecido e por quê.)
- d) "Qual o problema contigo? Não consegues ver que estou a tentar trabalhar?" (Resposta: Há fortes sentimentos por trás dessas questões, mas os sentimentos não são nomeados.)
- e) "Eu realmente sinto-me mal por me interromperes tantas vezes." (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente mal e porquê.)
- f) "Não te importas com os sentimentos das outras pessoas. És completamente ego-cêntrico." (Resposta: Esta é uma acusação que expressa fortes sentimentos negativos. Como os sentimentos não são nomeados, no entanto, não sabemos se as acusações refletem mais desinteresse, decepção ou algum outro sentimento.)
- c) "Eu sinto-me deprimido com algumas coisas que aconteceram hoje". (Resposta: S – A pessoa declara que ela se sente deprimido e porquê; algumas informações adicionais sobre o que aconteceu para fazer a pessoa se sentir assim teria sido útil.)
- d) "Que dia terrível!" (Resposta: A declaração parece descrever como o dia tem sido. De fato, expressa os sentimentos negativos da pessoa, mas não indica se se sente deprimido, irritado, solitário, humilhado, rejeitado, etc. Além disso, o evento de ativação não é especificado.)
- c) "Eu tenho medo de parecer burro se falar no grupo." (Resposta: S – A pessoa indiretamente afirma que se sente inadequado, mas não consegue nomear o evento de ativação.)
- d) "Eu vou parecer burro se falar no grupo." (Resposta: **Tenha cuidado!** Isto é muito semelhante à declaração anterior. Nesta declaração, no entanto, a pessoa indica que ela é realmente inadequada, e não que apenas se sente assim. Esta declaração reflete um julgamento que a pessoa fez sobre si mesma.)

FAZER DECLARAÇÕES DE RELACIONAMENTO

Enfermeiro: Quando se está a ter problemas numa amizade, as declarações de relacionamento podem ser usadas para melhorar a situação. Declarações de relacionamento

positivas e negativas ajudam a esclarecer a posição de cada pessoa e a encorajar a expressão de sentimentos e ideias, podendo levar a uma amizade mais profunda e satisfatória.

As declarações de relacionamento têm um eu (ou meu) e um tu (ou nós) nelas.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para responderem às perguntas **1** e **2** da **Parte D** da página 22 do Manual. Sumariamente reveja as respostas e corrija as mesmas quando quase todos tiverem terminado.

Respostas: Pergunta **2:** a), c), f), h).

Pedir aos adolescentes para irem para a página 22 do Manual. Leiam a primeira declaração da **Parte E**. Consideram que é verdadeira (**V**) ou falsa (**F**)?

Enfermeiro: Solicite comentários e dê a todos a oportunidade de participar. Em seguida, forneça a resposta correta e uma justificção. Repita este processo para cada uma das três declarações na **Parte E**. A seguir, um resumo das respostas corretas e pontos a serem considerados durante a discussão.

4. **O propósito da auto-revelação é tentar fazer a outra pessoa melhorar o seu comportamento.** (Resposta: Isto é **falso**. A auto-revelação envolve dar informações sobre si mesmo, não dar conselhos. Se disserem a alguém como se sentem, a outra pessoa pode escolher mudar o comportamento dela ou ambos podem decidir fazer algumas mudanças sobre os próprios comportamentos.)
5. **É melhor esperar até que várias situações perturbadoras se acumulem antes de discuti-las.** (Resposta: Isto é **falso**. Se deixarem que situações perturbadoras se acumulem, fica cada vez mais difícil lidar com elas. Devem expressar as vossas reações a algo que vos incomoda o mais rápido possível, para que não hajam dúvidas sobre o evento de ativação e como ele vos faz sentir. Por exemplo, a outra pessoa saberia exatamente que estão chateados se fizerem a seguinte declaração: "O que acabaste de dizer é o tipo de observação que me faz sentir afastado." Se

esperarem até muito mais tarde e para fazerem a declaração, a outra pessoa não irá entender qual foi o evento de ativação: "Tu sempre me fizeste sentir afastado." (Lembrem-se da regra: **ESTEJAM AQUI AGORA.**)

6. **A maneira mais útil de expressarem os vossos sentimentos é descreverem o comportamento da outra pessoa a que estão a responder e declararem como se sentem.** (Resposta: Isto é **verdade**. A abordagem mais útil é descrever o evento de ativação, que é o comportamento da outra pessoa a quem estão a responder e, em seguida, declarar a consequência, que é a maneira como se sentem. Quando fazem auto-revelações, é melhor separar o evento de ativação da vossa reação. As auto-revelações envolvendo afirmações negativas devem se relacionar a **UM** evento específico. Declarações gerais negativas sobre vários eventos não ajudam.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para completarem a **Parte F** na página 23 do Manual. Quando quase todos terminarem, reveja as respostas.

Respostas: *b), h) e i)* são auto-reveladores; *d), e), e k)* escuta ativa.

Nota: *f)* **NÃO** é incluído como um exemplo de auto-revelação porque o evento de ativação é não descrito.

Enfermeiro: Dramatizar o Cartoon para os adolescentes. Ler as seguintes perguntas aos adolescentes e solicitar as respostas.

9. Quem tem o sentimento negativo? (Resposta: Pedro.)
10. Refiram o sentimento negativo. (Resposta: Ele está envergonhado e com raiva da mãe.)
11. Qual é o evento de ativação? (Resposta: a mãe de Pedro entra no WC.)
12. O que causa esse sentimento? (Resposta: "Eu deveria ter privacidade no WC".)
13. A crença é irracional? (Resposta: Não)

14. Quais são as escolhas de Pedro? Qual é a melhor escolha? (Resposta: O Pedro deve descrever o evento de ativação e declarar como ele se sente.)
15. Escreve no Manual o que o Pedro deveria dizer. (Resposta: “Quando vens ao WC sem minha permissão, sinto que minha privacidade foi violada.” Ele também poderia afirmar que acredita que deveria ter privacidade no WC.)
16. O que o Pedro fez de errado? (Resposta: Ele gritou com a mãe. Ele deveria ter respondido num tom de voz calmo e sério.)

NOMEAR SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Enfermeiro: Agora vamos trabalhar em alguns dos nossos problemas, mas vamos começar com os **FÁCEIS** primeiro; isto é, aqueles problemas que são recentes o suficiente para que nossos sentimentos negativos não se tenham acumulado por muito tempo. Alguns problemas têm uma longa história de sentimentos profundamente enraizados. Vamos guardar estes para as sessões posteriores.

Eu quero que pensem em uma situação em que é difícil para vocês dizerem como se sentem. Pode ser um problema com qualquer um dos seguintes itens:

4. Recusar o pedido de um amigo.
5. Dizer a um amigo que ele fez algo que vos incomodou; por exemplo, não convidando para uma festa, mentindo ou revelando algo que fosse confidencial.
6. Resistir à pressão do grupo; por exemplo, não ir ver um filme de terror que vocês não querem ver, recusar-se a roubar, não usar drogas numa festa, etc.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 24 do Manual. Escrevam três ou quatro situações problemáticas nas quais gostariam de trabalhar.

Enfermeiro: Aguarde até que a maioria dos adolescentes tenham terminado de escrever, antes de prosseguir.

5. Agora escolham uma situação problemática da vossa lista. Descrevam o evento de ativação e vosso sentimento (a consequência).
6. Em seguida, anotem a crença que causa seu sentimento. A crença é irracional?
7. Quais são as vossas escolhas? Quais delas vão tentar?
8. Escrevam a vossa declaração.

ATIVIDADE DE GRUPO

Tempo limite: 2 minutos

Escolham um colega para este exercício de role-play, de preferência alguém com quem ainda não trabalharam muito. Quero que escolham um problema da vossa lista na página 24 do Manual para interpretarem o papel com o vosso colega. Um membro da equipe apresentará o problema enquanto o colega vai responder usando habilidades de escuta ativa. A seguir trocam de papéis. Aqui estão as regras para cada pessoa.

3. O membro da equipe que apresenta o problema faz uma declaração sobre si mesmo, acerca de outra pessoa - um amigo, um membro da família etc. - ou sobre a relação entre eles.
4. O outro membro da equipe desempenha o papel do amigo, membro da família, etc., que está envolvido no problema e declara pelas suas **PRÓPRIAS PALAVRAS** o que o remetente disse. Essa reafirmação deve começar com “Tu sentes que...” ou “Tu pensas que...”.

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que forneçam uma declaração para usar como exemplo e modelem como responder e dramatizar.

QUESTÕES DE DISCUSSÃO

- Como te sentiste ao fazer uma declaração de auto-revelação, tendo o teu parceiro reformulado a mesma pelas suas próprias palavras?
- Como te sentiste ao reafirmar a declaração de sentimento do teu parceiro?
- Quando o teu parceiro foi o remetente, foi difícil entender a sua mensagem?

- Quando eras tu o remetente, descobriste que o teu parceiro teve problemas para receber a mensagem pretendida?
-

TRABALHO PARA CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para abrirem o Manual na página 24.

4. O vosso principal objetivo para esta sessão é praticar a afirmação de sentimentos positivos. Como trabalho para casa deverão dizer um sentimento positivo a cada dia. Utilizem a página 27 para registrar as vossas declarações de sentimentos positivos e tentem expressar o pensamento para a pessoa envolvida.
 5. Outro objetivo para esta sessão é utilizar a abordagem de auto-revelação para expressar pelo menos dois sentimentos negativos nesta semana. Se possível, tentem resolver a situação do problema que selecionarem para o exercício de interpretação de papéis anteriormente na sessão.
 6. Analisem uma situação problemática ou um sentimento todos os dias, usando os formulários das páginas 28 a 31. Se acharem que a vossa crença é irracional, mudem a crença. Se acharem que a crença é racional, declarem os vossos sentimentos.
-

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, aprenderemos novas competências para negociação e resolução de problemas.

QUESTIONÁRIO

Manual do Adolescente: Peça aos adolescentes para irem para a página 25 do Manual e preencherem o Questionário.

Enfermeiro: Depois que todos terminarem, leia as respostas em voz alta e peça que cada adolescente corrija seu próprio questionário.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 2

Comunicação 2

4. Quais das seguintes afirmações sobre sentimentos pessoais são boas auto-revelações? Marquem todas que se aplicam.

- f) "Estamos todos muito chateados com o comportamento dele na aula."
- g) "Estou animado para ir ver os meus primos."
- h) "Eu sinto que todos devem dar algo para as instituições de caridade."
- i) "Tu deixas-me louco quando te esqueces de ir buscar as tuas compras."
- j) "Fiquei muito surpreso quando me deste um cartão de aniversário."

5. Qual é o motivo aceitável para afirmar sentimentos negativos sobre uma situação ou uma pessoa? Escolhe uma resposta.

- e) Para ajudar alguém a perceber que está errado.
- f) Para melhorar uma situação.
- g) Para fazer alguém se sentir tão mal quanto tu.
- h) Para garantir que as pessoas percebam que tu não estás enganado relativamente ao seu comportamento.

6. O Bruno chega da escola e encontra a sua mãe no seu quarto, a ver as suas gavetas. Ele grita: "Tu nunca me dás nenhuma privacidade! Sai daqui! Eu odeio-te!" Mesmo que o Bruno declarasse os seus sentimentos (e ele está obviamente muito chateado), poderia ter havido uma maneira melhor para ele dizer à sua mãe como ele sentia que a sua privacidade tinha sido invadida, de modo a que ela estivesse mais propensa a ouvir o que ele tinha para dizer? Qual das seguintes afirmações é a melhor maneira de o Bruno dizer à mãe como se sente? Escolhe uma resposta.

- e) "Tu nunca me dás nenhuma privacidade! Sai daqui! Odeio-te!"

- f)** “Mãe, quando mexes nas minhas coisas, isso deixa-me muito chateado contigo. Eu sinto-me chateado porque parece que tu não confias em mim!
- g)** "Gostavas que eu mexesse nas tuas coisas?"
- h)** “É como se tu não confiasses em mim! O que achaste que ias encontrar? Achas que eu sou viciado em drogas ou algo assim? Tu não confias em mim!

SESSÃO 3

Negociação e Resolução de Problemas 1

Material necessário:

- 5. Manual dos Adolescentes
- 6. Canetas e Lápis
- 7. Coffee Break
- 8. Cartões formato A5

Agenda Para a Sessão:

- K. Revisão da Sessão anterior
- L. Verificação dos trabalhos para casa
- M. Uso de Imagens Assertivas
- N. Justificar a Negociação e Resolução de Problemas
- O. Regras Básicas para Resolver Conflitos
- P. Definição de Problema
- Q. Praticar a Resolução de Problemas e a Escuta Ativa
- R. Definição do Trabalho para Casa
- S. Questionário
- T. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

Lidar com pequenos conflitos para prevenir conflitos maiores.

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

Enfermeiro: Vamos rapidamente rever alguns dos pontos importantes da sessão anterior. Vou fazer algumas questões e se souberem a resposta, por favor levantem a vossa mão.

QUESTIONÁRIO ORAL

- 9. A que chamamos de declarações de sentimento positivo e negativo? (Resposta: auto-revelações)

- 10. O que fazemos quando usamos as declarações de auto-revelação?** (Resposta: Compartilhamos sentimentos, contamos algo sobre nós mesmos.)
- 11. O que é uma declaração de relacionamento?** (Resposta: Uma declaração com um "eu" e um "tu").
- 12. Quando as declarações de relacionamento são úteis?** (Resposta: Quando queremos melhorar um relacionamento.)
- 13. Porque expomos os nossos sentimentos?** (Resposta: Porque isso permite que as outras pessoas saibam como reagimos a algo que fizeram, porque pode ajudar a mudar uma situação má e porque é uma boa maneira de lidarmos com nossos sentimentos.)
- 14. Qual é a melhor maneira de expressar os nossos sentimentos?** (Resposta: Ao dizer como nos sentimos [felizes, tristes, etc.] e descrevendo o que a outra pessoa fez ou disse para nos sentirmos assim).
- 15. Devemos usar apenas declarações para expressar os nossos sentimentos apenas quando estamos a conversar com os amigos?** (Resposta: Não, as declarações de sentimento são úteis em muitos tipos de relacionamentos.)
- 16. Porque é que a escuta ativa é útil?** (Resposta: Clarifica os mal-entendidos e faz com que o remetente se sinta compreendido.)

REVER O PROGRESSO DOS ADOLESCENTES

Enfermeiro: Verificar se realizaram os objetivos definidos na sessão anterior.

- 7.** Escreveram pelo menos um pensamento positivo a cada dia na página 27 do vosso Manual?
- 8.** Analisaram uma situação problemática ou sentimento a cada dia através do preenchimento do formulário da página 28 do vosso Manual? Foram capazes de mudar as vossas crenças e / ou sentimentos?

9. Usaram as declarações de auto-revelação para expressar os vossos sentimentos negativos? Quais foram os resultados? O evento de ativação mudou? Tornou-se mais fácil lidar com seus sentimentos?
 10. Tiveram a oportunidade de praticar a escuta ativa?
 11. E respostas de escuta ativa? Como é que correu?
 12. Tentaram utilizar a escuta ativa em alguma situação em que alguém estivesse a expressar sentimentos negativos com vocês?
-

USO DE IMAGENS ASSERTIVAS

Objetivos:

4. Introduzir o conceito de prática de imagens assertivas.
5. Explicar aos adolescentes os quatro passos para realizar as imagens assertivas.
6. Praticar o uso da imagem assertiva através da resolução de um problema com os adolescentes.

Enfermeiro: Na última sessão, falámos sobre declarações de auto-divulgação. Mesmo com a prática, no entanto, é difícil usá-los em situações da vida real. É particularmente difícil fazer declarações de auto-divulgação no momento certo, ou seja, no **IMEDIATO**. Lembre-se da regra - **esteja aqui agora**.

IMAGEM ASSERTIVA

Para nos ajudar a usar as declarações de auto-revelação com mais frequência, vamos aprender uma técnica chamada “**IMAGINAÇÃO ASSERTIVA**”.

É arriscado revelar a alguém como estamos a reagir ao que essa pessoa disse ou fez. Muitas vezes, temos medo de como a outra pessoa responderá. Uma maneira de superar esse medo é fazer alguma prática imagética. Existem quatro etapas envolvidas na prática de imagens.

5. **FAZER UMA FOTOGRAFIA MENTAL DA SITUAÇÃO** na qual desejamos usar a auto-revelação.
6. **CONVERTER A FOTOGRAFIA NUM FILME.**

7. Incluir o nosso filme no momento em que estamos a **DECLARAR OS NOSSOS SENTIMENTOS**.
8. **IMAGINAR A REAÇÃO DA OUTRA PESSOA** à nossa declaração de sentimentos da maneira que gostaríamos que fosse. O que a pessoa irá dizer e fazer?

PPT: Apresentar no Power Point os seguintes pontos:

- Fazer uma fotografia da situação.
- Converter a fotografia num filme.
- Declarar os sentimentos.
- Imaginar a reação da outra pessoa.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 33 do Manual. Escrevam os quatro passos na imagem assertiva nos locais apropriados da pergunta **1**.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Escolha um dos problemas que escrevera na página 24 do vosso Manual na última sessão. Pensam na declaração de sentimentos que iriam precisar para resolver essa situação.

Guiar os adolescentes pelos quatro passos da imagem assertiva e dê-lhes um minuto para praticarem o exercício.

Enfermeiro: Porque é importante ser bom ao nível da expressão de sentimentos e da escuta ativa? Peça aos adolescentes para responderem a esta questão e apresente depois os principais pontos no Power Point.

PPT: Colocar estes Pontos no Power Point.

- Promover o desenvolvimento de relações mais próximas.
- Previne argumentações e conflitos.

- Promove respostas mais positivas da parte das outras pessoas.
- Permite que entendamos melhor os outros.
- Ajuda a superar a timidez.

Enfermeiro: Rever os pontos e pedir aos adolescentes para escreverem os três que consideram mais importantes nos espaços existentes na pergunta **2** do Manual do Adolescente que está na página 33.

JUSTIFICAÇÃO PARA A NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivo:

2. Explicar a importância das competências de negociação e resolução de problemas.

CONFLITOS INTERPESSOAIS

Enfermeiro: O nosso próximo assunto é a importância de resolver conflitos e desentendimentos com amigos e familiares. Vamos também aprender algumas habilidades essenciais para a **RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS** e **NEGOCIAÇÃO**.

Durante as duas últimas sessões, falámos de algumas diretrizes para comunicação. Concentramos essencialmente acerca de como comunicar com os amigos. Isto é importante porque precisamos saber como fazer novos amigos e como construir relacionamentos saudáveis.

No entanto, **PODEM SURGIR CONFLITOS OU DESENTENDIMENTOS**, mesmo com amigos que de quem gostam muito. Isso é normal, pelo que é importante saber como resolver os problemas que podem surgir com os amigos através do uso de competências de resolução de problemas e negociação. Quando existem conflitos menores que não conseguem ser resolvidos, a probabilidade de resolver os **CONFLITOS MAIS COMPLEXOS** é menor uma vez que estes são **MUITO MAIS DIFÍCEIS DE RESOLVER**. A regra para esta sessão é: **Lidar com pequenos conflitos para prevenir conflitos maiores**.

Aqui estão alguns exemplos de problemas que tendem a criar conflitos entre amigos:

5. O que fazer e para onde ir quando sair.
6. Pedir favores e receber pedidos de favores.
7. Quem (ou com que grupo de pessoas) passar o tempo.
8. Empréstimos sem devoluções: por exemplo, dinheiro, música, roupa...

Enfermeiro: Peça aos adolescentes para referirem mais conflitos que possam surgir com o grupo de amigos e escreva as sugestões no quadro.

As **SITUAÇÕES DE CONFLITOS SÃO USUALMENTE DIFERENTES EM CASA**. Vocês têm de estar perto dos vossos pais mesmo quando não se dão bem com eles no momento, porque dependem deles para coisas essenciais como comida, dinheiro e permissão para fazer coisas. Por isso, é particularmente importante que os pais e os adolescentes aprendam a comunicar uns com os outros para que possam resolver problemas sem conflitos desnecessários. Muitas famílias precisam aprender novas maneiras de comunicar, especialmente quando os métodos antigos não estão a funcionar.

Aqui estão alguns exemplos das questões que tendem a criar conflitos entre adolescentes e pais:

5. Diferenças de opinião sobre o comportamento apropriado, as roupas que têm permissão para usar, etc.
6. Onde podem ir com os vossos amigos e quando têm de estar em casa (horas de regresso).
7. As tarefas que devem fazer, como limpar o vosso quarto.
8. Quem são os vossos amigos e quanto tempo gastam com eles.

Enfermeiro: Peça aos adolescentes que criem uma lista de outros assuntos que criam conflitos entre adolescentes e pais. Escreva as suas sugestões no quadro.

REGRAS BÁSICAS PARA RESOLVER CONFLITOS

Objetivo:

2. Discutir as regras básicas para ter sucesso na resolução de problemas.

Em todos os conflitos ou divergências, há alguém que tem uma queixa sobre outra pessoa. Na vossa família ou grupo de amigos, a pessoa com a queixa podem ser vocês, os vossos pais, os vossos amigos ou outra pessoa qualquer.

Enfermeiro: Explicar e fornecer uma justificação para cada um dos seguintes pontos.

- **A PESSOA COM UMA QUEIXA TEM O DIREITO DE SER OUVIDA E O DIREITO DE PEDIR A MUDANÇA** do comportamento do outro, independentemente de quão realista ou irrealista possa parecer o pedido.
- **OUVIR A QUEIXA DE ALGUÉM NÃO SIGNIFICA QUE SE CONCORDA OU DISCORDA**, simplesmente indica que se está a tentar entender as mudanças que a pessoa quer. Pode-se discordar depois. **O PRIMEIRO PASSO É TENTAR ENTENDER O PONTO OU A RECLAMAÇÃO.**

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para responderem às perguntas **3** e **4** do Manual na página 33.

Quais são as competências de comunicação que aprenderam até agora que ajudariam na negociação?

Enfermeiro: Peça aos adolescentes para apresentarem algumas respostas. Dê a cada adolescente a oportunidade de contribuir para a discussão. Use propostas subtis para gerar as respostas a seguir.

4. Usar declarações de auto-revelação para descrever o problema em termos do evento de ativação e do sentimento pessoal.
5. Usar as declarações de relacionamento.
6. Usar habilidades de escuta ativa.

DEFINIR O PROBLEMA

Objetivo:

2. Expor as regras para definir o problema.

OITO REGRAS PARA DEFINIR UM PROBLEMA

A maneira de definir ou descrever um problema define o cenário para a restante discussão. Se for mal feito, pode desinteressar os outros ou irritá-los. Uma boa definição de problema afirma **CLARAMENTE E ESPECIFICAMENTE** o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria um problema para si próprio. A definição deve descrever para a outra pessoa **PORQUE** é um problema. Aqui estão várias regras para definir o problema corretamente.

9. COMEÇAR COM ALGO POSITIVO.

10. SER ESPECÍFICO.

11. DESCREVER O QUE A OUTRA PESSOA ESTÁ A FAZER OU A DIZER,

e que está a criar um problema (usar auto-revelações!).

12. Não descrever o problema em termos de falhas da outra pessoa (por exemplo, “Tu és preguiçoso!”). Por outras palavras, NÃO INSULTAR O OUTRO.

13. EXPRESSAR OS SENTIMENTOS

como uma reação ao que a outra pessoa está a fazer ou a dizer.

14. ADMITIR A TUA CONTRIBUIÇÃO

para o problema. Aceitar a responsabilidade pela tua parte, mesmo que cause sofrimento aos outros.

15. NÃO ACUSAR

ou culpar os outros.

16. SER BREVE.

PPT: Apresente no Power Point as regras para definir problemas. Deixe esta lista para discussão durante os exercícios que se seguem.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para irem para a página 34 do Manual.

Enfermeiro: Peça aos alunos que leiam os exemplos da página 34 e descrevam o que está certo e errado. Lembre-os de usar as regras no Power Point. Depois de terminarem, faça o exercício novamente em voz alta, pedindo aos alunos que apresentem as suas respostas. Certifique-se de que todos tenham a oportunidade de responder.

5. **“Eu sei que tu queres que eu esteja em segurança e que tentas cuidar de mim. O meu problema é que eu quero ficar na rua até à meia-noite ao fim de semana com os meus amigos, mas só me deixas até as 23h00. Isso incomoda-me porque tenho que vir para casa cedo e sinto falta da diversão.”** (Resposta: Essa é uma boa definição porque começa com algo POSITIVO; menciona ESPECIFICAMENTE o que a outra pessoa faz e que cria o problema; expressa os sentimentos do apresentador; é BREVE; e o apresentador assume alguma RESPONSABILIDADE pelo problema.)
6. **“O meu problema é que tu és muito rigoroso sobre a hora de voltar para casa!”** (Resposta: Esta definição não é muito boa porque ACUSA o ouvinte de ser muito rigoroso sem explicar o que se entende por "rigoroso".)
7. **“O meu problema é que tu és irresponsável ao cuidar do teu quarto.”** (Resposta: Essa definição também ACUSA o ouvinte de ser irresponsável sem fornecer uma explicação adequada. Peça aos adolescentes que identifiquem outras fraquezas.)
8. **“Estou chateado com o pó no chão, as roupas na cama e os papéis espalhados na mesa do teu quarto. Fico constrangida quando os meus amigos vêm visitar-nos e eles veem o teu quarto.”** (Resposta: Essa definição é boa porque é muito ESPECÍFICA; Foca-se NO COMPORTAMENTO em vez de ser na personalidade; e EXPRESSA OS SENTIMENTOS DO APRESENTADOR. Pergunte aos adolescentes como o apresentador poderia ter lidado com isso melhor - por exemplo, ao começar com algo positivo, etc.)

PRATICAR RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E ESCUTA ATIVA

Objetivo:

2. Envolver os adolescentes num exercício de role-play onde eles devem definir o problema e usar a escuta ativa.

Enfermeiro: Agora vamos praticar a definição de um problema e usar as nossas habilidades de escuta ativa. Como discutimos anteriormente, a escuta ativa significa não julgar e entender. Neste exercício, vamos verificar como uma pessoa define bem o problema e como a outra pessoa entende o que foi dito.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Peça aos alunos que formem equipes com duas pessoas. Se uma das equipes tiver um terceiro membro, peça a essa pessoa que forneça feedback construtivo aos outros membros da equipe, à medida que eles representam.

Aqui estão as instruções para este exercício. Eu quero que alternem entre o papel de adolescentes e pais. Cada "adolescente" definirá um problema e o "pai" responderá com uma declaração de escuta ativa. O “adolescente” então dirá ao “pai” se a mensagem foi recebida corretamente. Se a declaração de escuta ativa não refletir com precisão o que foi dito, o “adolescente” irá reafirmar o problema e o “pai” responderá novamente. Continuem esse processo até que fique claro que o “pai” entende o problema. Depois, troquem de função com o vosso colega e repitam o exercício com uma nova definição de problema. Este exercício deve demorar entre **10 a 15 minutos**.

Enfermeiro: Depois de a maioria das equipes terminarem, discutam o exercício por 5 a 10 minutos. Pergunte aos adolescentes o que eles sentiram ao representarem o papel de “adolescentes” e o papel de “pai”. Refira qualquer problema que possa ter percebido ao observar as equipes durante o exercício. Lembre os adolescentes de seguir as regras Power Point.

Agora vamos repetir o exercício, mas desta vez o “pai” definirá um problema e o “adolescente” responderá usando as diretrizes para a escuta ativa. Eu quero que formem novas equipes para este exercício. Continuem o processo até que fique claro que o “adolescente” entende o problema. Então, troquem de papel. Têm cerca de **10 a 15 minutos** para este exercício.

Enfermeiro: Depois que a maioria das equipes terminar, encerre a sessão de treinos.

Enquanto estavam a fazer estes exercícios, quantos olharam para o Power Point para ler as oito regras para definir um problema? [Levantem os braços.] No começo, é útil manter essas regras à mão para que possam revê-las rapidamente quando elas forem necessárias. Com o tempo, ficarão tão familiarizados com estas regras que irão usá-las automaticamente. Até lá, podem precisar de anotá-las e levá-las com vocês.

Enfermeiro: Passar os cartões A5 e pedir aos adolescentes para copiarem as 8 regras para esses cartões. Peça-lhes que os coloquem na carteira, nas malas, cadernos, etc., prontos para serem utilizados.

TRABALHO PARA CASA

Enfermeiro: Pedir para os adolescentes irem para a página 35 do Manual.

3. O vosso principal objetivo para esta sessão é praticar a definição de problemas. Até à próxima semana, identifiquem vários problemas nos quais gostariam de trabalhar. Em seguida, pratiquem definindo-os e usando as regras que discutimos nesta sessão. Existe um plano que vos é fornecido para realizarem este trabalho na página 37 do vosso Manual. **NÃO TENTEM DIZER AINDA O PROBLEMA A OUTRAS PESSOAS!**
4. Pratiquem as competências de escuta ativa.

ATIVIDADE DE SUCESSO

Enfermeiro: Vamos começar já o vosso trabalho de casa.

Se pensaram em algum problema que gostassem de trabalhar, escrevam-no na página 38 do vosso Manual. Depois definam-no de acordo com as 8 regras.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, aprenderemos como encontrar boas soluções para problemas usando uma técnica chamada "brainstorming".

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para irem para a página 36 do Manual onde está o Questionário da Sessão 3 sobre Negociação e Resolução de Problemas.

Depois de todos terem acabado leia as respostas e peça aos adolescentes para corrigirem os seus questionários.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 3'

Negociação e Resolução de Problemas 1

3. Há várias etapas envolvidas no uso das imagens assertivas. Organize os itens abaixo na ordem correta colocando um “1” no primeiro passo, um “2” no segundo passo e assim por diante. Deixe de fora todos os itens que não são partes das etapas das imagens assertivas.
- g) ____ Mudar a fotografia da cena para um filme.
 - h) ____ Discutir os seus pensamentos irracionais.
 - i) ____ Imaginar a reação da outra pessoa face à sua declaração de sentimentos.
 - j) ____ Contraia os músculos e depois relaxe.
 - k) ____ Fazer uma fotografia na sua cabeça acerca da situação que quer preparar.
 - l) ____ Referir os seus sentimentos para a outra pessoa do filme.
4. Indique se as seguintes afirmações sobre a definição de um problema são verdadeiras ou falsas.
- g) **V F** Ao definir um problema, deve começar por dizer algo positivo sobre a outra pessoa ou sobre a situação.
 - h) **V F** Ao definir o problema, deve descrever o papel da outra pessoa no problema, mas não falar sobre o seu próprio papel no problema.
 - i) **V F** Não expresse os seus sentimentos durante a definição do problema. Isso só complica as coisas.
 - j) **V F** Descreva o que aconteceu, o que o incomodou e o que considera que precisa ser mudado.
 - k) **V F** Esta é uma boa definição do problema: “O meu problema é que tu és muito preguiçoso! Tu enlouqueces-me quando não arrumas as tuas próprias coisas”
 - l) **V F** O insulto não é muito útil na definição de um problema.

SESSÃO 4

Negociação e Resolução de Problemas 2

Material necessário:

4. Manual dos Adolescentes
5. Canetas e Lápis
6. Coffee Break

Agenda Para a Sessão:

- J. Revisão da Sessão anterior
- K. Verificação dos trabalhos para casa
- L. Brainstorming
- M. Escolha de uma Solução
- N. Implementação e Contrato
- O. Praticar a Resolução de Problemas e Negociação
- P. Definição do Trabalho para Casa
- Q. Questionário
- R. Avaliação da sessão

Regra para esta sessão:

O compromisso é a chave para atingir objetivos mútuos.
--

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

Enfermeiro: Vamos começar por rever alguns dos conceitos discutidos durante a última sessão. Eu vou fazer algumas perguntas - por favor, levantem a mão se acharem que sabem a resposta.

QUESTIONÁRIO ORAL

5. **Quais são os quatro passos para praticar imagens assertivas?** (Resposta: Fazer uma fotografia mental da situação; converter a fotografia num filme; declarar os seus sentimentos no filme; imaginar a reação da outra pessoa.)

6. **Por que é importante aprender habilidades de resolução de problemas e negociação?** (Resposta: São habilidades essenciais para resolver divergências e evitar que conflitos menores se tornem sérios. Ajudam a manter amizades e a harmonia.)
7. **Quais são as duas regras básicas para uma resolução bem-sucedida de problemas?** (Resposta: A pessoa com uma queixa tem o direito de ser ouvida; ouvir a queixa não significa que se concorda ou discorda.)
8. **Quais são as regras para definir um problema?** (Resposta: Começar com algo positivo; ser específico; descrever o que a outra pessoa está a dizer ou fazer; não insultar; expressar os sentimentos; admitir a sua contribuição; não acusar; ser breve.)

REVISÃO DO PROGRESSO DOS ADOLESCENTES

5. Identificaram um ou mais problemas que gostariam de trabalhar?
6. Registaram os problemas na página 37 do Manual e praticaram a sua definição de acordo com as 8 regras?
7. Tiveram oportunidade para praticar a escuta ativa? Como correu?
8. Tentaram usar as competências de escuta ativa com alguém que estivesse a comunicar sentimentos negativos?

BRAINSTORMING

Objetivos

3. Expor as justificações e regras para o brainstorming.
4. Praticar o brainstorming de modo a que os adolescentes gerem soluções para alguns problemas típicos entre pais e filhos.

Enfermeiro: Durante a última sessão, abordámos a importância da resolução de problemas e das habilidades de negociação. Aprendemos como **DEFINIR PROBLEMAS** e como reagir através da utilização das **COMPETÊNCIAS DE ESCUTA ATIVA** quando

alguém expressa um problema. Nesta sessão, aprenderemos **COMPETÊNCIAS DE NEGOCIAÇÃO** que nos ajudarão a resolver problemas, de modo a trabalharmos com outras pessoas para chegar a um acordo mútuo.

Após o problema ter sido **DEFINIDO** para que todos entendam o que é, o próximo passo é apresentar uma variedade de **SOLUÇÕES DIFERENTES** para o problema. Nessa etapa, é importante ser criativo e não julgar. Não sejam muito apressados. Lembrem-se, nenhuma das soluções para esses problemas funcionou até agora. Quanto mais ideias todos gerarem, melhor. Chamamos a esta abordagem de **BRAINSTORMING**.

Embora não haja regras rígidas e rápidas para a escolha de uma solução, as soluções de **COMPROMISSO** geralmente têm a **MELHOR HIPÓTESE** de serem aceites por todos. Cada pessoa deve dar um pouco para ficar um pouco.

PPT: Apresentar as regras para o brainstorming

- Registe todas as soluções possíveis.
- Não seja crítico. Todas as ideias são permitidas.
- Seja criativo.
- Comece oferecendo-se para mudar um dos seus próprios comportamentos.

Enfermeiro: Peça aos alunos para sugerirem alguns problemas típicos de pais e filhos adolescentes e escreva-os no quadro. Depois, selecione um dos problemas e peça aos alunos que produzam o maior número possível de soluções. Lembre-os de tentar encontrar algumas soluções que os pais também considerem aceitáveis. Passe por vários problemas com o grupo e registe as soluções de cada um deles no quadro. (Certifique-se de que existem algumas soluções que atraiam os pais.) **DESTAQUE** as soluções que são comprometidas. Deixe os problemas e soluções no quadro para um exercício posterior.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 40 do Manual e para responderem à pergunta **1** e **2**.

ESCOLHER UMA SOLUÇÃO

Objetivos

3. Apresentar um método sistemático para restringir a lista de ideias que são geradas durante o brainstorming.
4. Praticar a avaliação de soluções.

Enfermeiro: Agora vamos aprender como escolher uma solução para tentar na lista de ideias que foram desenvolvidas durante a etapa do brainstorming. Isto pode ser difícil porque **TODOS OS ENVOLVIDOS TÊM QUE CONCORDAR** com a solução do problema, caso contrário, não funcionará. Lembrem-se que as soluções de COMPROMISSO geralmente têm uma hipótese maior de serem selecionadas. A regra para esta sessão é que o compromisso é a chave para alcançar acordos mútuos.

MANUAL DOS ADOLESCENTES: Pedir aos adolescentes para irem para a página 41 do Manual.

Vamos usar o formulário de Resolução de Problemas na página 41 para nos ajudar a avaliar cada uma das possíveis soluções. Este formulário foi projetado para adolescentes e pais, embora possa ser usado por qualquer pessoa. As soluções sugeridas durante a etapa de brainstorming estão descritas no formulário e cada uma recebe um **MAIS (+)** ou um **MENOS (-)** de cada pessoa. Esta é uma maneira rápida de descobrir que ideias são aceitáveis para todos.

Nesta etapa, cada pessoa deve declarar por que acha que determinada solução é boa ou má. Quando se faz isto, é importante ser **POSITIVO**. Não basta recusar uma ideia porque não se gosta dela. O objetivo é encontrar uma solução que resolva o problema.

Vamos ter em conta um exemplo:

EXEMPLO

Problema

Mãe: "Incomoda-me quando deixas as tuas roupas espalhadas pelo teu quarto. Eu tenho vergonha de convidar os meus amigos para entrarem em casa porque eles podem ver a confusão lá dentro. Acho que precisamos trabalhar neste problema. Vamos começar por fazer brainstorming de possíveis soluções e depois vamos escolher uma para experimentar. Vou anotá-las. Vamos intercalar, começa tu primeiro."

Brainstorming

Adolescente (Solução 1) "Nós poderíamos contratar uma empregada para limpar o meu quarto."

Mãe (Solução 2) "Eu poderia ficar com a tua mesada até tu limpares o teu quarto."

Adolescente (Solução 3) "Nós poderíamos apenas fechar a porta do meu quarto quando temos companhia ".

Mãe (Solução 4) "Eu poderia pagar-te mais cinco euros extra se limpasses o teu quarto no domingo à noite."

"Ok, acho que temos ideias suficientes. Vou lê-las uma de cada vez e vamo-nos revezar para dar a cada uma das possíveis soluções um sinal de mais ou menos."

Avaliação

Mãe: "A primeira solução é contratar uma empregada."

Adolescente: "Isso soa bem para mim, porque assim eu não teria de limpar meu quarto! Eu dou essa ideia um mais."

Mãe: "Contratar uma empregada seria ótimo se eu pudesse pagar, mas eu realmente não posso. Eu tenho pena de dar a esta ideia um menos, mas só poderia ser um mais se ganhássemos o Euromilhões."

Mãe: "A segunda solução é suspender a tua mesada até que o teu quarto esteja limpo".

Adolescente: Isso não me parece justo. Se eu me esquecer de limpar o meu quarto, não receberei nenhum dinheiro. Vou dar a essa ideia um menos. "

Mãe: "Eu acho que ficar com a tua mesada te motivaria a manter o teu quarto limpo e ainda terias uma escolha sobre se querias ou não fazê-lo. Eu dou essa ideia um mais.

Mãe: "A terceira solução é manter a porta do teu quarto fechada."

Adolescente: "Fechar a porta parece ser uma ótima ideia. É o meu quarto e eu deveria fazer o que eu quero lá. Se eu mantiver a porta fechada, a confusão não te iria incomodar nem aos teus amigos. Eu dou a essa ideia um mais "

Mãe: "Fechar a porta impediria as outras pessoas de verem a confusão que é o teu quarto, mas não te ajudaria a aprender a ser responsável por manter o quarto limpo. Eu dou à ideia um menos."

Mãe: A última solução é pagar-te cinco euros por limpares o teu quarto no domingo à noite."

Adolescente: "Eu gosto dessa ideia. Dessa forma, eu poderia ganhar algum dinheiro extra, e tu não terias que te incomodares mais com o meu quarto. Eu dou a essa solução um mais."

Mãe: "Pagar-te algum dinheiro extra para limpar o teu quarto parece ser uma boa ideia para mim também. Tu aprenderias a cuidar do teu quarto e estaria limpo no domingo à noite. Isso valeria cinco euros por semana para mim. Eu dou a essa ideia um mais.

Mãe: "Já que nós dois concordamos com isso, vamos tentar! Obrigado por me ajudares a trabalhar no problema."

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: Pedir aos alunos que formem equipas de dois.

O primeiro passo é copiarem este problema entre pais e filhos adolescentes [indicar no quadro qual deles] e as soluções propostas para a página 41 do Manual. Então, um membro da equipe fará o papel do pai, e o outro fará o papel do adolescente, enquanto **AVALIAR** cada uma das soluções. Usem a página 41 como suporte para este exercício. Ao avaliarem as soluções, lembrem-se de que cada pessoa deve declarar por que uma determinada solução é boa ou má.

Quando a maioria das equipes terminar, peça aos membros da equipe para apresentarem algumas das suas avaliações para o resto do grupo.

IMPLEMENTAÇÃO E CONTRATO

Objetivo:

2. Explicar como escrever um contrato que esclareça os detalhes de uma solução.

Enfermeiro: Depois de chegar a um acordo sobre qual a solução que deverá ser tentada, **TODOS OS DETALHES** necessitam de ser explicados num **CONTRATO POR ESCRITO**. O contrato é um registo formal dos termos e condições que foram negociados. Estabelece com **EXATIDÃO O ACORDO**, sendo por isso muito importante no caso de haver alguma dúvida ou contestações sobre o que foi dito. **SEJAM ESPECÍFICOS** quando escreverem o contrato, de modo a que seja fácil avaliar se cada pessoa está a cumprir a sua parte do acordo. O contrato deve descrever o que cada pessoa concordou em fazer em termos de ações e comportamentos que podem ser observados.

O contrato deve descrever o **QUE CADA PESSOA FARÁ E O QUE ACONTECERÁ** (a consequência) **SE A PARTE FALHAR NO CUMPRIMENTO DO ACORDO**. Mesmo que as pessoas tenham boas intenções, muitas vezes elas não cumprem as suas promessas. Pode ser fornecido algum incentivo adicional para honrar o acordo incluindo uma consequência.

O contrato também deve indicar o **PERÍODO DE TEMPO** para o qual é válido. Isto é particularmente importante porque podem querer alterar o contrato. No entanto, devem manter o contrato durante **O PERÍODO DE TEMPO** especificado no contrato. Caso contrário, o contrato não pode ser levado a sério. Leva tempo para descobrir se o acordo vai funcionar, então experimentem durante pelo menos uma semana. No final do período

de avaliação, analisem o contrato e considerem as sugestões de cada pessoa em relação às alterações que tornariam o contrato melhor.

INCLUIR LEMBRETES para ajudá-los a lembrarem-se de fazer as alterações que foram acordadas. As pessoas muitas vezes esquecem-se do que devem fazer, por isso é importante usar dicas ou lembretes.

(Os alunos podem rejeitar esta última ideia porque querem ser tratados como adultos e sentem que não precisam de lembretes (também, porque os lembretes podem parecer irritantes). Saliente, no entanto, que todos nós precisamos de estímulos quando estamos a tentar mudar hábitos pré-estabelecidos. Ofereça alguns exemplos de sugestões: (a) coloque o acordo no frigorífico ou em algum outro lugar público, e (b) coloque uma nota no espelho do quarto ou em algum outro lugar onde seja visto com frequência. Pense em algumas outras ideias com os adolescentes.)

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir para os adolescentes irem para a página 42 do Manual para reverem o exemplo de contrato apresentado e discutam como os detalhes devem ser escritos de modo a que cada pessoa entenda o que se espera que se faça. Pedir ao grupo que participe.

PRATICAR NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivo:

2. Auxiliar os adolescentes em todas as etapas da negociação e resolução de problemas através de um exercício prático.

ATIVIDADE DE GRUPO

Enfermeiro: O objetivo é dar a todos os alunos a oportunidade de trabalhar com uma sequência inteira de resolução de problemas antes de tentarem ajudar os pais a aprender os passos para resolver problemas em casa (isso faz parte do trabalho para casa da Sessão posterior). Enquanto os alunos estiverem a realizar a atividade, passe algum tempo com cada equipe e dê aos alunos um feedback construtivo.

MANUAL DO ADOLECENTE: Pedir aos adolescentes para irem para as páginas 43 e 44 do Manual.

Enfermeiro: Deverão utilizar os seguintes passos durante a próxima atividade.

- Definir o problema
- Brainstorming (soluções)
- Avaliar as soluções
- Escolher uma solução
- Escrever um contrato

ROLE - PLAY

9. Pedir aos alunos que formem “famílias” de modo a que eles formem grupos de três.
10. Pedir que cada “família” escolha um dos problemas registados no quadro e que ainda não tenham sido usados num exercício.
11. Começar por ter uma das “famílias” a desempenhar uma interação de solução de problemas (usar o formulário de Resolução de Problemas na página 43 do Manual) enquanto as outras “famílias” assistem.
12. Após 5 a 7 minutos, pedir aos “membros da família” que mudem de função para que todos tenham a oportunidade de desempenhar um papel parental. (Isto é importante para desenvolver uma apreciação da perspetiva dos pais).
13. Fornecer feedback contínuo a todos os “membros da família” em relação à comunicação e resolução de problemas. (Aqueles que desempenham o papel de pais também devem receber feedback.)
14. Se for realizado progresso suficiente, pedir aos “membros da família” que escrevam um contrato (página 44 do Manual) enquanto a próxima “família” é iniciada.
15. Repetir o processo com outra “família” para que tenham uma interação de solução de problemas.
16. Continuar até que todas as “famílias” tenham participado no exercício. Todos os adolescentes devem ter a oportunidade de desempenhar ambos os papéis.

TRABALHO PARA CASA

Manual do Adolescente: Pedir aos adolescentes para irem para a página 45 do Manual.

3. Completem as situações relativamente ao Brainstorming e avaliação que se encontram nas páginas 47 e 48.
4. O trabalho para casa para esta sessão diz respeito a vocês e aos vossos pais. O objetivo é que preencham o Formulário “Lista de Problemas”. A vossa cópia da lista de verificação de problemas está nas páginas 49 a 50 do vosso Manual. Esta lista vai ser necessária durante a próxima sessão para ajudar-vos a decidir em que problemas irão trabalhar.

Enfermeiro: Analise brevemente as páginas anteriores, respondendo a perguntas até que verifique que os adolescentes entendam o exercício e não tenham dúvidas.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão, dedicaremos todo o nosso tempo a praticar o que aprendemos sobre negociação e resolução de problemas.

QUESTIONÁRIO

Enfermeiro: Pedir aos adolescentes para irem para a página 46 do Manual onde está o Questionário da Sessão 4 sobre Negociação e Resolução de Problemas 2.

Depois de todos terem acabado leia as respostas e peça aos adolescentes para corrigirem os seus questionários.

QUESTIONÁRIO SESSÃO 4

NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS 2

Avalie se as afirmações são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

3. Quais das seguintes afirmações são regras para o brainstorming?

- i) V F** Registe quantas soluções conseguir.
- j) V F** Cada pessoa deve oferecer apenas uma solução.
- k) V F** O Compromisso é importante.
- l) V F** Pare depois de chegar a cinco soluções.
- m) V F** Não proponha soluções criativas.
- n) V F** Ofereça-se para mudar um dos seus próprios comportamentos.
- o) V F** Não seja crítico para soluções de outras pessoas.
- p) V F** Avalie cada solução assim que ela for proposta.

4. Quais das seguintes são regras para fazer um contrato de resolução de problemas?

- i) V F** Não é necessário anotar um contrato.
- j) V F** O contrato deve descrever o que cada pessoa concordou em fazer.
- k) V F** O contrato deve indicar um ponto no tempo para avaliar o acordo para ver se está a funcionar como planeado.
- l) V F** O contrato deve especificar o prazo de validade do contrato.
- m) V F** Se uma pessoa falhar não mantendo os termos do contrato, o contrato é considerado inválido.
- n) V F** Uma vez assinado, o contrato deve ser guardado numa gaveta; não deve ser colocado em exibição.
- o) V F** Os contratos devem incluir lembretes para ajudar cada pessoa a manter sua parte no contrato.
- p) V F** Contratos só são úteis para resolver problemas numa família; eles não seriam úteis para resolver problemas entre amigos.

SESSÃO 5 Conjunta
Negociação e Resolução de Problemas 3

Material necessário:

7. Manual dos Adolescentes
8. Canetas e Lápis
9. Coffee Break
10. Cópias da página 53 do Manual dos Adolescentes
11. Cópias extra da “Lista de Problemas”
12. Relógio (cronómetro)

Agenda Para a Sessão:

- F. Revisão da Sessão anterior
- G. Verificação dos trabalhos para casa
- H. Negociação e Resolução de Problemas Guiada
- I. Definição do Trabalho para Casa
- J. Avaliação da sessão

REVISÃO DO TRABALHO DE CASA

MANUAL DO ADOLESCENTE e PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 47 e 48 do Manual do Adolescente e o para a página 31 e 32 do Manual dos Pais.

Rever as respostas de adolescentes e pais. Certifique-se de que tanto os adolescentes como os pais tenham a oportunidade de responder.

Rever o contrato por escrito que os pais completaram na página 34 do Manual.

NEGOCIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS GUIADOS

Objetivo:

3. Treinar competências de negociação e resolução de problemas de intensidade leve a moderada conjuntamente com pais e adolescentes.

Enfermeiro: Para a realização desta atividade em família temos cerca de 90 minutos para a interpretação de papéis. De acordo com o número de famílias será utilizado um gráfico de tempo semelhante a este:

Número de Famílias		Tempo
1	-----	80 minutos
2	-----	40 minutos
3	-----	26 minutos
4	-----	20 minutos
5	-----	16 minutos
6	-----	13 minutos
7	-----	11 minutos
8	-----	10 minutos

Teremos um intervalo de cerca de 10 minutos a meio da atividade. O momento exato da pausa dependerá da duração das encenações – não iremos interromper uma família no meio de uma interação de solução de problemas para fazer a pausa.

ATIVIDADE DE FAMÍLIA

Enfermeiro: O objetivo desta atividade é treinar a negociação e resolução de problemas com pais e adolescentes como uma família. Cada família participará do exercício enquanto as outras famílias assistem.

Agora que aprenderam os passos que envolvem a negociação e resolução de problemas vamos praticá-los como família.

De forma breve explicar as seguintes regras ao grupo.

MANUAL DOS ADOLESCENTES E PAIS: Pedir aos adolescentes para irem para a página 49 a 50 do seu Manual e os pais para a página 35 a 36 do seu Manual.

Enfermeiro: A primeira coisa que precisam fazer é repassar os tópicos da **LISTA PROBLEMAS**, que é o questionário que preencheram como parte do trabalho para casa da semana passada. Cada família precisa **ESCOLHER UM TEMA** que os pais e o

adolescente concordam que ainda é um problema, mas apenas um problema de **BAIXO** ou **MODERADO** nível. Vamos trabalhar para lidar com os tópicos "quentes" ou problemáticos mais tarde.

Em seguida, cada família irá trabalhar no problema que selecionou na **LISTA DE PROBLEMAS**, usando as etapas para a solução de problemas. Para tornar as coisas um pouco mais fáceis, usaremos **O FORMULÁRIO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS** que usamos antes como um guia para a discussão; uma cópia é fornecida na página 53 do Manual para Adolescentes e na página 39 do Manual para pais. Usamos este formulário na semana passada na aula, pelo que vos deve ser familiar.

PPT: Apresentar os passos para a resolução de problemas. Estas etapas também estão descritas na página 52 do Manual do Adolescente. Debater brevemente cada.

Definir o problema

- Uma pessoa declara o problema descrevendo o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria o problema.
- A outra pessoa usa a escuta ativa (reafirma o problema).
- A primeira pessoa verifica a precisão da reafirmação do problema.

Brainstorming

- Registar todas as soluções possíveis.
- Ser criativo.
- Não ser crítico.
- Soluções compromisso.
- Pensar em mudar o seu próprio comportamento.

Escolher uma solução

- Cada pessoa avalia as soluções e explica por que cada uma é um “mais” ou um “menos”.
- Preencher o formulário de solução de problemas.
- Compromisso.

Escrever um contrato

- Descrever o que cada pessoa fará e o que acontecerá se não o fizer.
- Declarar por quanto tempo o contrato é válido.
- Incluir lembretes.
- Assinar o contrato.

Enfermeiro: Queremos tornar esta sessão prática o mais fácil possível para vocês. Irei auxiliar-vos enquanto passam pelas etapas de resolução de problemas, de modo oferecer-vos assistência, se necessário. Tentem relaxar e divertir-se com este exercício, e não se preocupem em fazê-lo com perfeição na primeira vez. A vossa técnica irá melhorar com a prática - é disto que vamos tratar nesta sessão.

O objetivo de cada família é trabalhar ao máximo um problema no tempo disponível. Vamos utilizar este relógio (cronómetro) [segure-o] para saber quanto tempo cada família tem.

O primeiro passo é apresentar uma boa **DEFINIÇÃO** do problema para que a discussão tenha um bom começo. Então, passarão algum tempo **BRAINSTORMING** possíveis soluções, e a **AVALIAR** pelo menos algumas delas. As etapas de solução de problemas que não foram concluídas aqui serão o vosso trabalho para casa. Devem terminar de trabalhar nas etapas restantes antes da próxima sessão.

OBS: [Se houver apenas algumas famílias, acrescentar a seguinte declaração.] “Se houver tempo suficiente, cada família poderá escrever e assinar um contrato que descreva os detalhes do acordo que foi negociado.

Enfermeiro: No final do exercício, darei algum feedback sobre a discussão da solução de problemas bem como cada família deverá fazer a sua apreciação. Serão indicadas as coisas que foram bem realizadas e também serão sugeridas áreas que poderiam ser melhoradas.

O processo deverá iniciar-se com o pedido voluntário de uma família para começar o role-play enquanto as outras famílias assistem. Repetir-se-á este processo até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de praticar a solução de problemas e tenham recebido algum feedback.

INDICAÇÕES GERAIS PARA A PRÁTICA GUIADA

- 25.** Peça a uma família que se voluntarie para ir primeiro. Seria melhor começar com uma família que forneça um bom modelo para as outras famílias seguirem.
- 26.** Peça à família que **SELECIONE UM PROBLEMA LEVE OU MODERADO** para os pais e o adolescente. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** for usada, faça com que escolham um tema com uma classificação de intensidade de 1 ou 2, mas não superior. Se a **LISTA DE PROBLEMAS** não tiver sido completada pelos pais e / ou adolescente, peça-lhes que leiam a lista e escolham uma questão de intensidade moderada. Diga-lhes para não gastarem muito tempo a tentar escolher a questão “ideal” a ser resolvida; O objetivo desta sessão não é resolver um grande problema, mas sim **PRATICAR** as habilidades necessárias.
- 27.** Peça a um membro da família para ser o **SECRETÁRIO**. Explique que o trabalho do secretário é registar todas as soluções e avaliações sugeridas pelos membros da família no Formulário de Solução de Problemas na página 53. Considere pedir ao membro da família que parece ser o menos cooperativo para ser o secretário, para que essa pessoa esteja ativamente envolvida no processo. Todas as famílias que estão a assistir também anotam as soluções geradas num Formulário de solução de problemas (distribua algumas cópias extras); isso irá encorajá-los a prestar atenção ao que está a acontecer (o que às vezes pode ser um problema para as famílias que estão a assistir).
- 28.** Peça a um membro da família que defina o problema usando as regras discutidas anteriormente. (**As oito regras são:** 1. começar com algo positivo; 2. ser específico; 3. descrever o que a outra pessoa está a fazer; 4. não insultar; 5. expressar os

seus sentimentos; 6. admitir seu papel; 7. não acusar e 8. ser breve.) Certifique-se de que a definição seja específica e comportamentalmente descritiva.

29. Peça aos outros membros da família que respondam à declaração do problema com a **ESCUTA ATIVA** (paráfrase, usar declarações de sentimento, etc.). Certifique-se de que cada pessoa faz isso corretamente. Se necessário, reconheça que isso pode parecer estranho ou artificial, mas peça-lhes que continuem.
30. Peça à pessoa que declarou o problema que **VERIFIQUE** se as declarações de escuta ativa refletem com precisão o que disse. Caso contrário, peça à família que repita o processo de definição do problema e responda com a escuta ativa.
31. Em seguida, peça à família que passe pelos **PASSOS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS** descritos no Power Point.
32. Durante a discussão, o Enfermeiro deve **FORNECER FEEDBACK CONTÍNUO**. Certifique-se de que rotula e elogia o bom desempenho em voz alta. Se um membro da família se movimentar muito rápido, for crítico, avaliar soluções durante o brainstorming, etc., o Enfermeiro deve dar um feedback imediato lembrando gentilmente a essa pessoa sobre a regra relevante.
33. Quando restarem aproximadamente 5 minutos para terminar o tempo (dependendo do número de famílias), parar a discussão e fornecer **FEEDBACK DETALHADO** ao adolescente e pais.
34. Selecionar outra família (ou pedir voluntários) e repetir o processo.
35. Continuar até que todas as famílias tenham tido a oportunidade de representar uma discussão de solução de problemas.
36. Se houver tempo suficiente, peça às famílias que **ESCREVAM UM CONTRATO**, preenchendo o Formulário na página 54 do Manual dos Adolescentes.

7. Continuem a discussão que iniciaram nesta sessão até completarem todas as etapas para resolução de problemas e negociação. Estas etapas também são fornecidas na página 52 do Manual do Adolescente e na página 38 do Manual dos Pais. Utilizam o Formulário de Resolução de Problemas na página 56 do Manual do Adolescente para fazer anotações. Antes de saírem, cada família deve tentar chegar a um consenso sobre quando continuar a discussão. Se puderem encontrar um horário conveniente para todos os envolvidos, anote-o na página 55 do Manual do vosso Adolescente. Cada pessoa também precisa de se comprometer verbalmente em participar na sessão de solução de problemas. O objetivo é acordar uma solução e **ESCREVER UM CONTRATO** utilizando o formulário da página 57 do Manual do Adolescente e da página 40 do Manual dos Pais.
8. Depois de terem um acordo por escrito, **COLOQUEM-NO EM PRÁTICA**.
9. Se os problemas se desenvolverem ou se os ânimos se exacerbarem durante a discussão em casa, pode ser uma boa ideia fazer um **INTERVALO**. O tempo limite de um intervalo é entre 10 a 15 minutos, o que permite que todos se acalmem. Certifiquem-se de que a discussão continua após o término da pausa.

SESSÃO 6

Prevenção, Planeamento e Término

Material necessário:

5. Manual dos Adolescente
6. Canetas e Lápis
7. Coffee Break
8. Certificado de Participação para os Adolescentes

Agenda Para a Sessão:

- G. Revisão da Sessão Conjunta com os Pais
- H. Questionário do Humor
- I. Manter os Ganhos
- J. Reconhecimento Precoce e Prevenção da Depressão
- K. Revisão dos Conteúdos do Projeto
- L. Finalização do projeto

REVISÃO DA SESSÃO ANTERIOR

Objetivo:

2. Verificar as opiniões dos adolescentes relativamente à sessão conjunta com os pais.

Enfermeiro: Pedir que os adolescentes exponham as suas opiniões acerca da sessão conjunta com os pais.

6. Como se sentirão ao utilizar o processo de resolução de problemas com os vossos pais?
7. Como foi para vocês ter os vossos pais a utilizar este processo para resolver um conflito?
8. Comparem como era antes e depois a resolução de problemas com os pais?
9. Conseguiram terminar de resolver o problema que estavam a tentar solucionar na aula?
10. Estão a cumprir o contrato?

QUESTIONÁRIO DE HUMOR

Objetivos:

3. Preencher um Questionário de Humor.
4. Comparar a pontuação do “Início do Projeto” com a pontuação do “Fim do Projeto”.

Enfermeiro: Entregar aos adolescentes o Questionário de Humor.

A primeira coisa que vamos fazer hoje é preencher o Questionário de Humor. Eu serei o único a ler as vossas respostas, então, por favor, respondam honestamente.

Para avaliarem o questionário, somem todos os números que assinalaram. Se marcaram mais de um número para uma declaração, somem apenas o maior número. Vão perceber que os números de quatro das afirmações (# 4, # 8, # 12 e # 16) estão apresentados por ordem inversa. Isso foi feito de propósito e a vossa pontuação correta também deverá ser aquela que assinalaram. Adicionem aos outros números.

Depois de terem avaliado o questionário, **COMPAREM** com a pontuação do primeiro questionário no início do curso.

Espero que muitos notem uma diminuição em vossas pontuações. Se não virem nenhuma diminuição, não se sinta desencorajados. Algumas pessoas **DEMORAM A ATÉ TEREM RESULTADOS** no curso, e o seu humor só melhora várias semanas depois.

Para os que não viram uma diminuição na sua pontuação, notaram alguma outra mudança positiva? Por exemplo, o vosso relacionamento com os vossos pais melhorou?; estão a dar-se melhor com os vossos amigos?;

Enfermeiro: Recolha os Questionários de Humor concluídos dos alunos. Verifique a pontuação e registe os totais durante o intervalo. Devolva os questionários aos alunos após o intervalo.

MANTER OS GANHOS

Objetivo:

2. Ajudar cada adolescente a identificar as áreas problemáticas do cotidiano e selecionar habilidades para lidar com elas.

Enfermeiro: Cada um de vocês disponibilizou muito trabalho e tempo para praticar novas habilidades e tentar alterar **MODOS DE PENSAMENTO E COMPORTAMENTO** neste projeto. Espero que tenham encontrado algo que vos ajude a ganhar controle sobre seu humor.

Todos nós experimentamos dificuldades quotidianas ou problemas ao longo do tempo. Isto é normal.

No entanto, essas pequenas coisas podem **ACIDENTALMENTE SURGIR** e fazer-nos sentir deprimidos.

Se forem tomadas medidas para **MANTER OS GANHOS**, poderão minimizar os efeitos dessas dificuldades no vosso dia-a-dia. Lembrem-se: é mais fácil evitar problemas do que livrar-se deles assim que eles começam.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Pedir aos adolescentes para irem para a página 59 do Manual.

Atribua prioridades às áreas problemáticas usando o Formulário da página 59. Quais são as mais importantes para trabalharem?

5. Quais são as áreas problemáticas principais no vosso dia-a-dia? Não incluam grandes catástrofes ou grandes problemas causadores de stress. Apenas registem as situações medianas / contrariedades.
6. Descrevam algumas maneiras de lidar com esses problemas diários. Quais são as habilidades mais eficazes para lidar com essas questões quotidianas? Podem usar essas habilidades todos os dias? Que tal toda semana?
7. Como poderão lembrar-se de usar essas habilidades diariamente ou semanalmente. Que tipo de lembretes funcionam melhor?

8. Para prevenir a depressão, tentem **UTILIZAR ESTAS TÉCNICAS NA VOSSA VIDA DIÁRIA**, para que possam lidar com as dificuldades diárias efetivamente.
-

RECONHECIMENTO PRECOCE

Objetivo:

2. Descrever os sintomas da depressão e enfatizar a importância de os adolescentes continuarem a monitorizar o seu humor.

Enfermeiro: Como mencionado anteriormente, prevenir a depressão é muito mais fácil e menos doloroso do que tratar a depressão quando ela se torna muito mais grave. Além do Plano de Prevenção, também é importante **RECONHECER OS SINTOMAS E SINAIS DE DEPRESSÃO COM ANTECEDÊNCIA**.

MANUAL DO ADOLESCENTE: Peça aos adolescentes para irem para a página 60 do Manual.

Enfermeiro: A Depressão tem sintomas, assim como uma constipação comum ou uma gripe. Por exemplo, alguns dos sintomas da gripe são febre, dores musculares, dor de cabeça e perda de apetite. Os sintomas de depressão são apresentados na página 60 do Manual.

Reveja estes sintomas com cuidado. Se tiver apenas um ou dois deles, pode não ser depressão. Mas se tiver vários desses sintomas ao mesmo tempo, e estiverem presentes durante um período mínimo de uma a duas semanas, então pode ser depressão.

Para ajudar a prevenir a depressão, devem **REVER ESTES SINTOMAS** a cada semana aproximadamente. Têm algum deles? Há quanto tempo os têm? Sentem-se tristes?

Se acharem que estão um pouco deprimidos ou tristes, trabalhem para manter os vossos ganhos (ver a página 59). Se estiverem muito deprimidos consultem o vosso médico ou enfermeiro de referência.

Não esperem que a depressão se vá embora sozinha. Às vezes isso acontece, mas é melhor **REALIZAREM AÇÕES EFETIVAS** para que isso aconteça mais rápido.

Aqui estão algumas outras maneiras de acompanharem o estado da vossa depressão e humor:

3. Preencher o Questionário do Humor (uma vez por semana, uma vez por mês – Anexo do Manual);
4. Usar um Diário de Humor (Anexos do Manual).

RESUMO DO PROJETO

Objetivo:

2. Resumir o desempenho dos adolescentes ao nível das competências adquiridas de comunicação e resolução de problemas.

Enfermeiro: Como esta é a última sessão, é um bom momento para pensar nas mudanças que têm feito e todas as coisas que aprenderam.

Aqui estão alguns dos tópicos que abordamos:

- Escuta ativa e auto-revelação (comunicação).
- Negociação e resolução de problemas.

Quais habilidades e / ou técnicas foram mais importantes? (conduzir uma breve discussão)

ENCERRAMENTO O CURSO

Comentários finais

Enfermeira: É importante adaptar a mensagem que fornecem ao grupo de adolescentes. As palavras específicas que usar são menos importantes que o próprio processo. As questões a serem pensadas são: os alunos têm esperança e otimismo? As metas são específicas e realistas? Eles tiveram a oportunidade de partilhar os seus sentimentos sobre a experiência do projeto? Existe uma sensação de encerramento?

Começos e finais são tempos importantes. Entre outras coisas, eles fornecem uma oportunidade de planear e refletir.

Formámos um grupo coeso e solidário e cada um de nós passou a depender do grupo e das reuniões regulares de alguma forma. Talvez devamos esperar um pouco de decepção quando o projeto terminar e, portanto, é importante desenvolver um plano para lidar com isso. Por exemplo, poderão querer aumentar o número de atividades agradáveis durante a próxima semana e, em particular, incluir atividades sociais.

Enfermeiro: Fechar com comentários sobre ter gostado do grupo, orgulhar-se do progresso que todos fizeram, etc. Reservar um tempo para que outros façam observações, se quiserem, e cheguem a um sentimento de encerramento.

Usar o tempo restante para a socialização em grupo e fazer breves contatos pessoais com cada adolescente. Dar a cada adolescente um Certificado de Participação.

FIM

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação das Sessões

Avaliação da Sessão

Identificação da Sessão

Local: _____

Sessão Nº: _____

Formador: _____

Data: ____/____/____

Após a realização desta Sessão, torna-se agora importante refletir sobre os conhecimentos adquiridos e a atividade educativa desenvolvida. Considera-se que a sua opinião é de elevada importância para promover a melhoria da eficiência de novas Sessões e Projetos.

Deste modo, solicita-se que seja preenchido o seguinte inquérito, de caráter confidencial, com o objetivo de se ficar a conhecer a sua apreciação acerca da sua satisfação relativamente aos objetivos, conteúdos, materiais pedagógicos e formadores durante a realização desta Sessão.

Instruções de Preenchimento:

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada em baixo, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4	5

Critério	1	2	3	4	5
Objetivos					
Classifique a clareza na definição dos objetivos da sessão.					
Classifique o grau de concordância entre as suas expetativas e os objetivos da sessão					
Avalie o grau de realização dos objetivos propostos					
Conteúdos					
Avalie a utilidade dos temas tratados para o desempenho do seu quotidiano					
Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu quotidiano					
Classifique o nível de alterações que esta formação pode provocar / estimular no humor					
Materiais Pedagógicos					
Classifique a utilização dos meios audiovisuais					
Classifique a qualidade da documentação distribuída					
Classifique a quantidade da documentação distribuída					
Formador (es)					
Domínio dos temas tratados					
Motivação da participação do grupo					
Clareza da comunicação					
Prestação de esclarecimentos					
Utilização de metodologia facilitadora de aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos					

Observações / Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II
Diário do Humor

Usa a escala apresentada em baixo para avaliares o teu humor. Assinala o teu humor diário nas caixas que estão apresentadas. Marca e liga o número que corresponde ao teu humor de modo a verificares como ele vai alterando ao longo do tempo.

1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7		
Muito Triste							Humor Normal							Muito Feliz
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	

7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. Disponível em: <https://blogs.sapo.pt/cloud/file/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for adolescent groups adolescent coping with depression course.
- Clarke, Lewinsohn, and Hops. (1990). Leader's manual for parent groups adolescent coping with depression course.
- Eskin, M. (2013a). Assessment in Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 129-145). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000097>.
- Eskin, M. (2013b). Components of Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 17-27). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000036>.
- Eskin, M. (2013c). Definition and Concepts. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 1-7). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000012>.
- Eskin, M. (2013d). Efficacy of Problem-Solving Therapy in Treating Mental Health Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 73-93). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000061>.
- Eskin, M. (2013e). The Practice of Problem-Solving Therapy and the Applied Patient Groups. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 95-99). Oxford: Elsevier. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123984555000073>.
- Eskin, M. (2013f). Problem-Solving and Psychological Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 49-72). Oxford:

- Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012398455500005X>.
- Eskin, M. (2013g). Processes and Sessions of Problem-Solving Therapy. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 147-180). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000103>.
 - Eskin, M. (2013h). Psychotherapy: Principles, Skills, Characteristics, Difficulties, and Change Processes. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 101-128). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000085>.
 - Eskin, M. (2013i). Theoretical Approaches to Problem Solving. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 29-47). Oxford: Elsevier. Retrieved from
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B97801239845550000048>.

APÊNDICE VII – Manual para Pais

SESSÃO 0

Depressão e Competências Sociais

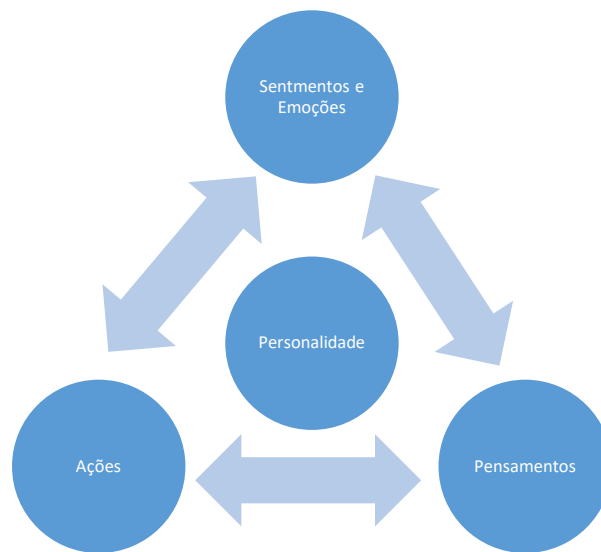
FORMATO GERAL PARA AS SESSÕES DE PAIS

1. Agenda da sessão.
2. Revisão da última sessão.
3. Verificação do trabalho para casa.
4. Aprendizagem e prática de diversas competências de comunicação e solução de problemas.
5. Definição do trabalho para casa.
6. Esclarecimento de dúvidas e colocação de perguntas.

GUIDELINES PARA O GRUPO DE PAIS

1. **EVITE TER CONVERSAS DEPRESSIVAS.** Isso ajuda o grupo a manter o foco em eventos positivos e em mudanças que são apoiadas nos outros membros do grupo.
2. **PERMITIR QUE CADA PESSOA TENHA TEMPO IGUAL.** O enfermeiro irá encorajar cada adolescente a partilhar ideias, a fazer perguntas e discutir as dificuldades com as técnicas apresentadas ao longo do projeto. Do mesmo modo, vocês também deverão seguir a mesma regra.
3. **MANTER A CONFIDENCIALIDADE.** Os assuntos pessoais dos quais os adolescentes falam no seu grupo não devem ser partilhadas fora dele, nem mesmo com os pais. O mesmo se deverá passar com vocês.
4. **OFERECER SUPORTE.** É importante que os adolescentes não sejam críticos uns com os outros, devendo concentrar-se mais nos aspetos positivos do que naquilo que os outros estão a fazer ou a dizer. Pretendemos que sigam o mesmo exemplo.

PERSONALIDADE: UM SISTEMA DE TRÊS PARTES



ESPIRAIS EMOCIONAIS

Espiral Descendente



Espiral Ascendente



TRABALHO PARA CASA

Esta semana o vosso trabalho para casa será:

3. Participar na prática das competências para serem **PESSOAS AMISTOSAS** e interagirem do mesmo modo com o vosso adolescente.
 4. **LEMBRAREM-SE DE TRAZER PARA TODAS AS SESSÕES O MANUAL DOS PAIS!!**
-

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos aprender mais sobre competências de comunicação. Boas habilidades de comunicação são importantes para mudar situações que podem levar à depressão. A comunicação também nos ajuda a trabalhar quando não há mais nada que possamos fazer.

SESSÃO 1

Comunicação 1

Definição de Comunicação: “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha de e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.” (Phaneuf, 2005, 23)

Recordar os pontos básicos da comunicação:

1. A boa comunicação é uma competência que pode ser aprendida e treinada.
2. A comunicação envolve um remetente (orador) e um recetor (ouvinte). O remetente tem uma mensagem que quer que o recetor entenda.
3. Toda a comunicação decorre dentro de um contexto social e envolve várias pessoas. Cada contexto é diferente e tem diferentes regras.
4. Acontece em variados casos que as regras de comunicação não são bem definidas nos diversos contextos. Por esse motivo podem surgir problemas.
5. A comunicação geralmente envolve palavras, contudo, a mensagem também pode ser transmitida por comunicação não verbal quando envolve expressões faciais, tom de voz e linguagem corporal.
6. Por vezes a pessoa que está a ouvir não recebe a mensagem que o remetente deseja. A este acontecimento chamamos quebra de comunicação.

Regras da Escuta Ativa

- Reenviar ao emissor a mensagem pelas tuas próprias palavras.
- Começar a mensagem com frases: “Tu sentes que...”, “Tu pensas...” ou “Deixa-me ver se percebi o que queres dizer...”.
- Não mostrar que se aprova ou desaprova a mensagem enviada.

TRABALHO PARA CASA

Pretende-se que esta semana:

1. Pratique a escuta ativa pelo menos uma vez por dia. Para fazer isso apenas necessita de escrever a mensagem do remetente através das suas próprias palavras, sem acrescentar nenhuma informação nova. Mantenha um registo do que aconteceu usando o formulário da Escuta Ativa na página 9. Escreva a sua reafirmação da mensagem do remetente e o que acontece. Pode praticar esta competência com

Regra para Boa Escuta Ativa

- Tu só podes falar por ti próprio depois de teres confirmado a mensagem do remetente.

qualquer pessoa, mas tente fazê-lo pelo menos duas ou três vezes com o seu filho adolescente.

2. Inicie o registo de algumas situações problemáticas comuns ou conflitos entre si e o seu filho adolescente. Escolha entre um a três problemas que você gostaria de alterar. Para cada problema, preencha o formulário Situação Problemática (páginas 10 a 12). Descreva o que acontece, quem está envolvido, como o Sr.(a) e o adolescente se sentem e como gostaria que tivesse acontecido.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos falar e aprender mais sobre comunicação. Especificamente, vamos aprender sobre como comunicar sentimentos positivos e negativos.

Obrigado pela vossa participação nesta sessão de hoje. Fico à espera de vê-los na próxima vez!

Formulário Escuta Ativa

Data	Registrar a mensagem do remetente pelas suas palavras e o que aconteceu
<div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div>	Mensagem do Reme- tente _____ _____ O que aconte- ceu? _____ _____
Data	Registrar a mensagem do remetente pelas suas palavras e o que aconteceu
<div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div>	Mensagem do Reme- tente _____ _____ O que aconte- ceu? _____ _____
Data	Registrar a mensagem do remetente pelas suas palavras e o que aconteceu
<div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div>	Mensagem do Reme- tente _____ _____ O que aconte- ceu? _____ _____
Data	Registrar a mensagem do remetente pelas suas palavras e o que aconteceu
<div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div> <div style="margin-bottom: 10px;">___/___/___</div>	Mensagem do Reme- tente _____ _____ O que aconte- ceu? _____ _____

Situação Problemática

- a)** Descreva a situação problemática. O que aconteceu? (Forneça informações suficientes para que a situação seja compreensível, de modo a que quem não esteja familiarizada com o problema compreenda).

- b)** O que fez e o que sentiu?

- c)** O que fez o seu filho(a) e como acha que ele(a) se sentiu?

- d)** Quem mais esteve envolvido?

- e)** Qual foi o resultado?

- f)** Como gostaria que esta situação tivesse acontecido?

Situação Problemática

- a)** Descreva a situação problemática. O que aconteceu? (Forneça informações suficientes para que a situação seja compreensível, de modo a que quem não esteja familiarizada com o problema compreenda).

- b)** O que fez e o que sentiu?

- c)** O que fez o seu filho(a) e como acha que ele(a) se sentiu?

- d)** Quem mais esteve envolvido?

- e)** Qual foi o resultado?

- f)** Como gostaria que esta situação tivesse acontecido?

Situação Problemática

- a)** Descreva a situação problemática. O que aconteceu? (Forneça informações suficientes para que a situação seja compreensível, de modo a que quem não esteja familiarizada com o problema compreenda).

- b)** O que fez e o que sentiu?

- c)** O que fez o seu filho(a) e como acha que ele(a) se sentiu?

- d)** Quem mais esteve envolvido?

- e)** Qual foi o resultado?

- f)** Como gostaria que esta situação tivesse acontecido?

SESSÃO 2

Comunicação 2

ESCUTA ATIVA: JULGAR VS COMPREENDER

1. Ao **compreenderem as respostas**, permitem que o remetente saiba que ouviram a mensagem e incentivam-no contar mais. Respostas de escuta ativa enquadram-se nessa categoria.
2. As **respostas de julgamento** dizem ao remetente o que a pessoa pensa sobre a mensagem. Esse tipo de resposta tende a fazer com que as pessoas falem menos sobre como se sentem.

REGRAS DA AUTO-REVELAÇÃO

9. A auto-revelação envolve honestidade de na forma como se conta uma situação sobre si próprio ou como se expressa um sentimento acerca de uma pessoa.
10. A auto-revelação não significa revelar todos os detalhes íntimos dos seus pensamentos e sentimentos.
11. Um relacionamento é fortalecido quando expressam a vossa reação a eventos que ambas as pessoas vivenciaram ou quando expressam os vossos sentimentos relativamente ao que a outra pessoa diz ou faz.
12. Esconder as vossas reações (positivas ou negativas) ao comportamento de outra pessoa não melhora o vosso relacionamento com essa pessoa.
13. A auto-divulgação envolve alguns riscos.
14. Se o comportamento de uma pessoa o incomoda, deve dizer à pessoa como se sente em relação ao comportamento dela.
15. Quando revela os seus sentimentos, o relacionamento que tem com a outra pessoa e a situação em que está devem ser levados em consideração.
16. A auto-revelação é um processo que envolve ambas as pessoas de um relacionamento.

Uma boa declaração de sentimentos tem duas partes. Primeiro descreve **COMO REAGIU** (o seu sentimento), e depois descreve **O QUE ACONTECEU** (o comportamento ou evento específico).

GUIDELINES PARA EXPOR SENTIMENTOS NEGATIVOS

1. Seja específico.
 2. Descreva os comportamentos.
 3. Expresse os seus sentimentos negativos com palavras.
-

TRABALHO PARA CASA

4. A primeira parte do vosso trabalho para casa é **EXPRESSAR UM SENTIMENTO POSITIVO A CADA DIA**. Registem as declarações e para quem dizem no formulário de Sentimentos Positivos da página 15 do vosso Manual. Vejam como se sentiram e descreva a reação da outra pessoa à declaração do sentimento positivo.
 5. Além disso, completem **DOIS FORMULÁRIOS DE SITUAÇÃO PROBLEMÁTICAS**, nas páginas 18 e 19.
 3. A segunda parte do trabalho para casa é **EXPRESSAR OS VOSSOS SENTIMENTOS NEGATIVOS PELO MENOS DUAS VEZES** até à próxima sessão. Devem tentar fazer isso pelo menos uma vez com o vosso filho(a). Existem alguns formulários de Revelação de Sentimentos Negativos nas páginas seguintes para registarem as vossas tentativas de revelar sentimentos negativos. Descrevam o sentimento negativo, a pessoa envolvida e o resultado. Anotem cada uma das vossas experiências para que possamos analisá-las na próxima sessão e discutir os vossos sucessos e problemas.
-

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão vamos dar início à abordagem das competências de Negociação e Resolução de Problemas.

EXPOR SENTIMENTOS POSITIVOS

Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>

EXPOR SENTIMENTOS POSITIVOS

Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>
Data	Descreva o sentimento positivo em baixo
<div style="margin-bottom: 5px;">___/___/___</div>	<p>Nome da pessoa a quem fez a declaração _____</p> <p>A reação _____</p> <p>Como se sentiu? _____</p>

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

- a)** Descreva a situação problemática. O que aconteceu? (Forneça informações suficientes para que a situação seja compreensível, de modo a que quem não esteja familiarizada com o problema compreenda).
- b)** O que fez e o que sentiu?
- c)** O que fez o seu filho(a) e como acha que ele(a) se sentiu?
- d)** Quem mais esteve envolvido?
- e)** Qual foi o resultado?
- f)** Como gostaria que esta situação tivesse acontecido?

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

- a) Descreva a situação problemática. O que aconteceu? (Forneça informações suficientes para que a situação seja compreensível, de modo a que quem não esteja familiarizada com o problema compreenda).
- b) O que fez e o que sentiu?
- c) O que fez o seu filho(a) e como acha que ele(a) se sentiu?
- d) Quem mais esteve envolvido?
- e) Qual foi o resultado?
- f) Como gostaria que esta situação tivesse acontecido?

REVELAÇÃO DE SENTIMENTOS NEGATIVOS

Data: ____/____/____

Sentimentos negativos: _____

Declarado para quem? _____

A declaração foi específica?	SIM	NÃO
------------------------------	-----	-----

Descreveu o que aconteceu?	SIM	NÃO
----------------------------	-----	-----

Descreveu os seus sentimentos?	SIM	NÃO
--------------------------------	-----	-----

Qual foi a reação da outra pessoa? _____

Qual foi sua reação? _____

REVELAÇÃO DE SENTIMENTOS NEGATIVOS

Data: ____/____/____

Sentimentos negativos: _____

Declarado para quem? _____

A declaração foi específica?	SIM	NÃO
------------------------------	-----	-----

Descreveu o que aconteceu?	SIM	NÃO
----------------------------	-----	-----

Descreveu os seus sentimentos?	SIM	NÃO
--------------------------------	-----	-----

Qual foi a reação da outra pessoa? _____

Qual foi sua reação? _____

SESSÃO 3

Negociação e Resolução de Problemas 1

DIRETRIZES DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E NEGOCIAÇÃO

REGRAS BÁSICAS PARA RESOLVER DESENTENDIMENTOS

- 3. A PESSOA COM UMA QUEIXA TEM O DIREITO DE SER OUVIDA E O DIREITO DE PEDIR A MUDANÇA**, independentemente de quão realista ou irrealista possa parecer o pedido.
- 4. OUVIR A QUEIXA DE ALGUÉM NÃO SIGNIFICA QUE CONCORDE OU DISCORDE**, simplesmente indica que está a tentar entender as mudanças que a pessoa quer. Pode discordar depois. **O PRIMEIRO PASSO É TENTAR ENTENDER O PONTO OU A RECLAMAÇÃO.**

CINCO ETAPAS PARA A NEGOCIAÇÃO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1. Defina o problema.
2. Brainstorming.
3. Avalie cada solução.
4. Escolha uma solução (compromisso).
5. Escreva um contrato.

OITO REGRAS PARA DEFINIR UM PROBLEMA

9. Começar com algo positivo
10. Seja específico.
11. Descreva o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer
12. Sem insultos
13. Expresse os seus sentimentos
14. Admita a sua contribuição no problema
15. Não acuse
16. Seja breve

QUATRO REGRAS PARA O BRAINSTORMING

5. Escreva as diversas soluções que pode haver.
6. Não seja crítico; todas as ideias são permitidas.
7. Seja imaginativo.
8. Comece por se oferecer para mudar um dos seus próprios comportamentos.

FORMULÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Família _____ Data: ____/____/____

Pro-
blema _____

Soluções Propostas	Avaliações		
	Adolescente	Mãe	Pai
	+/-	+/-	+/-
1. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
4. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
5. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
6. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
7. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
8. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>

QUATRO SUGESTÕES PARA ESCREVER UM CONTRATO

1. Seja específico.
 2. Defina o período de tempo para o qual o contrato é válido.
 3. Inclua lembretes.
 4. Registe o contrato por escrito.
-

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ **Hora:** ____H____ **Local:** _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

TRABALHO PARA CASA

6. A primeira parte do seu trabalho para casa é **REVER AS OITO REGRAS** para definir um problema na página 23. Pense em como pode usar essas regras para definir algumas das situações problemáticas que encontra em casa.
7. Descreva duas **DEFINIÇÕES DE PROBLEMAS** para discutir na próxima semana e utilize o formulário fornecido na página 29.
8. A terceira parte do seu trabalho até à próxima sessão é **COMPLETAR A PRÁTICA EM CASA: PLANOS DE BRAINSTORMING E AVALIAÇÃO** das páginas 32 e 33 do Manual. Este exercício prático envolve o debate de dez possíveis soluções para uma situação hipotética, classificar cada solução com um sinal de mais ou menos e avaliar as duas primeiras soluções na lista, tanto do ponto de vista dos pais quanto do adolescente. Por favor verifique os formulários e diga-me se tiver alguma dúvida.
9. A quarta parte refere-se à **CONSTRUÇÃO DE UM CONTRATO** através do uso do exemplo de Contrato na página 34 do Manual. Será necessário escolher uma solução para um problema através de toda a sequência de resolução de problemas (isto é, definir o problema, fazer brainstorming, avaliar soluções etc.) ou usar uma solução que tenha sido desenvolvida como parte do trabalho em sala. (por exemplo, no exercício de role-playing no final desta sessão). A parte importante desta tarefa é **SER ESPECÍFICO** sobre o que cada pessoa concordou em fazer, quando o fará e o período de tempo para o qual o contrato é válido. Quando estiver a escrever o contrato, finja que irá utilizá-lo com o seu filho adolescente.
10. A última parte do trabalho para casa é **PREENCHER A LISTA DE PROBLEMAS** que começa na página 35 do vosso Manual. Esta lista contém uma série de problemas que muitas vezes surgem entre pais e adolescentes. As vossas respostas devem refletir as discussões que tiveram com o vosso filho adolescente sobre cada um dos vários tópicos, **DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**. Se teve uma discussão sobre um tópico em particular, avalie o quão "quente" foi. Também será solicitado ao seu filho adolescente que preencha esta lista para que possamos

selecionar uma questão apropriada para trabalhar durante as sessões conjuntas de solução de problemas. Para esta sessão, queremos que escolha uma questão de intensidade moderada, de modo a facilitar a aprendizagem e o processo de resolução de problemas, bem como para manter as coisas sob controle. Se em família conseguirem encontrar um problema comum para trabalhar antes da próxima sessão, isso economizará algum tempo.

Enfermeiro: Abordámos muito material nesta sessão. Não se preocupem muito em lembrar-se de tudo, uma vez que praticaremos novamente na nossa próxima sessão de negociação e resolução de problemas. Obrigado por terem vindo, e até a próxima semana.

PRÓXIMA SESSÃO

Na próxima sessão iremos realizar a sessão conjunta com os adolescentes, na qual abordaremos a resolução de problemas específicos entre pais e filhos.

DEFINIÇÕES DE PROBLEMAS

Selecione um problema real ou hipotético que um pai / mãe possa ter com um adolescente.
Defina o problema utilizando as oito regras da página 23.

1. _____

Reveja as regras na página 23. A definição do problema que escreveu segue estas regras?

Defina um segundo problema.

2. _____

Mais uma vez, compare a sua definição do problema com as regras da página 23.

PRÁTICA DE CASA: BRAINSTORMING E AVALIAÇÃO

Pensa que está a tentar resolver um problema com o uso do telefone. Uma mãe está chateada porque o filho está no telefone durante horas no Facebook e gasta os dados móveis. Tal aspeto transforma-se em contas de internet elevadas. O filho diz que os seus amigos moram longe demais para visitar durante a semana, então ele comunica com eles dessa maneira. Faça uma lista de dez possíveis soluções para esse problema. Anote tudo o que puder pensar. Tente ser criativo.

Lista de possíveis soluções:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Se ficar sem ideias, aqui estão algumas sugestões:

- a) A situação pode ser melhorada mudando algo em casa?
- b) É possível alterar o local ou horário das visitas?
- c) Existem outras maneiras de o seu filho ficar em contato com os amigos?

Quando estiver pronto para avaliar as possíveis soluções, deve pensar nos pontos bons e maus para cada uma delas. Em seguida, atribua uma classificação de “+” ou “-” a cada solução. Faça a si mesmo estas perguntas sobre cada solução:

- a) Isto vai resolver o meu problema?
- b) Isto resolverá o problema da outra pessoa?
- c) Realmente funcionará?
- d) Eu posso viver com isso?
- e) A outra pessoa pode viver com isso?

Pense no problema do telefone descrito na página anterior. Para este exemplo, finja que uma solução era "comprar um segundo telefone".

Um adolescente pode avaliar a solução da seguinte forma: “Se tivéssemos um segundo telefone, eu poderia conversar com os meus amigos e a minha mãe não teria que ficar chateada comigo por usar o telefone dela demais. Eu daria a esta solução um mais.”

Um pai, por outro lado, pode avaliar a solução do seguinte modo: “É verdade que isso iria permitir que não usasses o meu telefone, mas não resolveria o problema das grandes contas de telefone - então teríamos que pagar por dois telefones. Agora, se o meu filho começar a trabalhar para pagar a conta do novo telefone, isso é diferente. Tal como está, eu daria a esta solução um menos.

Usando esses exemplos como um guia, tente avaliar as duas primeiras soluções da sua lista para o problema do telefone na página anterior. Para cada solução, escreva uma avaliação do ponto de vista do adolescente e uma segunda avaliação do ponto de vista do pai.

Solução 1

Avaliação do Adolescente

Avaliação do Pai

Solução 2

Avaliação do Adolescente

Avaliação do Pai

Família _____ Data: ____/____/____

Pro-
blema _____

Soluções Propostas	Avaliações		
	Adolescente	Mãe	Pai
	+/-	+/-	+/-
1. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
4. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
5. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
6. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
7. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
8. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ **Hora:** ____H____ **Local:** _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS

A seguir, uma lista de coisas que pais e adolescentes às vezes falam em casa. Observe atentamente cada tópico no lado **ESQUERDO** da página e pense se foi discutido durante o último mês.

Se discutiu o assunto, marque "Sim" à direita do assunto. Se ainda não discutiu o assunto, marque "Não".

Depois de analisar todos os assuntos, vá para a segunda coluna. Para os assuntos nos quais assinalou "Sim", responda à pergunta do lado **DIREITO** da página.

Coluna 1 - Preencher primeiro esta coluna (verificar todos os assuntos)			Coluna 2 – Preencher os assuntos assinalados na Coluna 1				
Assunto	Discutiram este assunto no último mês?		Como foram as discussões?				
			Calmo	Um pouco chateado		Chateado	
1. Uso do telemóvel	Sim	Não	1	2	3	4	5
2. Hora de ir dormir	Sim	Não	1	2	3	4	5
3. Limpar o quarto	Sim	Não	1	2	3	4	5
4. Fazer os trabalhos de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
5. Ver TV	Sim	Não	1	2	3	4	5
6. Higiene (banho, lavar os dentes, ...)	Sim	Não	1	2	3	4	5
7. Tipo de roupa	Sim	Não	1	2	3	4	5
8. Aparência (como se arranja)	Sim	Não	1	2	3	4	5
9. Fazer muito barulho em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
10. Maneiras à mesa	Sim	Não	1	2	3	4	5
11. Zangas com os irmãos	Sim	Não	1	2	3	4	5
12. Resmungar	Sim	Não	1	2	3	4	5
13. Gastar dinheiro	Sim	Não	1	2	3	4	5
14. Mesada	Sim	Não	1	2	3	4	5
15. Fumar marijuana	Sim	Não	1	2	3	4	5
16. Ir a sítios sem os pais (centro comercial, cinema, ...)	Sim	Não	1	2	3	4	5
17. Ouvir música alto	Sim	Não	1	2	3	4	5
18. Desligar as luzes em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
19. Drogas	Sim	Não	1	2	3	4	5

20. Arrumar os seus pertences	Sim	Não	1	2	3	4	5
21. Beber bebidas alcoólicas	Sim	Não	1	2	3	4	5
22. Comprar jogos e outras coisas	Sim	Não	1	2	3	4	5
23. Ter encontros românticos	Sim	Não	1	2	3	4	5
24. Seleção de amigos	Sim	Não	1	2	3	4	5
25. Comprar roupas novas	Sim	Não	1	2	3	4	5
26. Sexo	Sim	Não	1	2	3	4	5
27. Chegar a casa a hora	Sim	Não	1	2	3	4	5
28. Chegar à escola a horas	Sim	Não	1	2	3	4	5
29. Ter más notas	Sim	Não	1	2	3	4	5
30. Ter problemas na escola	Sim	Não	1	2	3	4	5
31. Mentir	Sim	Não	1	2	3	4	5
32. Ajudar em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
33. Conversar com os pais	Sim	Não	1	2	3	4	5
34. Levantar-se de manhã	Sim	Não	1	2	3	4	5
35. Os pais incomodarem-te quando queres estar só	Sim	Não	1	2	3	4	5
36. Incomodar os pais quando eles querem estar sós	Sim	Não	1	2	3	4	5
37. Colocar os pés na mobília	Sim	Não	1	2	3	4	5
38. Desarrumar a casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
39. Horário das refeições	Sim	Não	1	2	3	4	5
40. Como passar o tempo livre	Sim	Não	1	2	3	4	5
41. Fumar	Sim	Não	1	2	3	4	5
42. Ganhar dinheiro	Sim	Não	1	2	3	4	5
43. Hábitos alimentares (escolha de comida, ...)	Sim	Não	1	2	3	4	5
44. Uso das redes sociais	Sim	Não	1	2	3	4	5
45. Saídas à noite	Sim	Não	1	2	3	4	5
46.	Sim	Não	1	2	3	4	5
47.	Sim	Não	1	2	3	4	5
48.	Sim	Não	1	2	3	4	5
49.	Sim	Não	1	2	3	4	5
50.	Sim	Não	1	2	3	4	5

SESSÃO 4 Conjunta
Negociação e Resolução de Problemas 2

PASSOS PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Definir o problema

- Uma pessoa declara o problema descrevendo o que a outra pessoa está a fazer ou a dizer e que cria o problema.
- A outra pessoa usa a escuta ativa (reafirma o problema).
- A primeira pessoa verifica a precisão da reafirmação do problema.

Brainstorming

- Registrar todas as soluções possíveis.
- Ser criativo.
- Não ser crítico.
- Soluções compromisso.
- Pensar em mudar o seu próprio comportamento.

Escolher uma solução

- Cada pessoa avalia as soluções e explica por que cada uma é um “mais” ou um “menos”.
- Preencher o formulário de solução de problemas.
- Compromisso.

Escrever um contrato

- Descrever o que cada pessoa fará e o que acontecerá se não o fizer.
- Declarar por quanto tempo o contrato é válido.
- Incluir lembretes.
- Assinar o contrato.

FORMULÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Família _____ Data: ____/____/____

Pro-
blema _____

Soluções Propostas	Avaliações		
	Adolescente	Mãe	Pai
	+/-	+/-	+/-
1. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ **Hora:** ____H____ **Local:** _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

TRABALHO PARA CASA “Para os adolescentes + pais”

10. Continuem a discussão que iniciaram nesta sessão até completarem todas as etapas para resolução de problemas e negociação. Estas etapas também são fornecidas na página 38 do Manual dos Pais. Utilizam o Formulário de solução de problemas na página 39 do Manual para fazer anotações. O objetivo é acordar uma solução e **ESCREVER UM CONTRATO** utilizando o formulário da página da página 40 do Manual dos Pais.
11. Depois de terem um acordo por escrito, **COLOQUEM-NO EM PRÁTICA**.
12. Se os problemas se desenvolverem ou se os ânimos se exacerbarem durante a discussão em casa, pode ser uma boa ideia fazer um **INTERVALO**. O tempo limite de um intervalo é entre 10 a 15 minutos, o que permite que todos se acalmem. Certifiquem-se de que a discussão continua após o término da pausa.

SESSÃO 5

Prevenção, Planeamento e Término

SINTOMAS DA DEPRESSÃO

- 1.** Estar com humor deprimido ou irritável a maior parte do dia, quase todos os dias. Sentir-se triste, chorar, sentimento de vazio por dentro, ou sem esperança.
- 2.** A falta de interesse em atividades agradáveis, e não ser capaz de aproveitar a maioria ou todas as atividades agradáveis.
- 3.** Perda / ganho de peso significativo quando não está a fazer dieta, ou uma diminuição / aumento dramático no apetite.
- 4.** Dificuldade em dormir ou dormir muito quase todos os dias.
- 5.** A agitação extrema, ter problemas em ficar quieto, ou se sentir muito cansado e desacelerar como se estivesse em câmara lenta quase todos os dias.
- 6.** Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- 7.** Sentir-se muito culpado ou sem valor quase todos os dias.
- 8.** Ter dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias.
- 9.** Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Se tiver cinco ou mais desses sintomas por pelo menos duas semanas, estará clinicamente deprimido. Ter um ou dois desses sintomas pode indicar apenas uma infelicidade temporária. Se os sintomas persistirem por um longo tempo, deve pensar em pedir alguma ajuda especializada.

SUMÁRIO DO TRABALHO DE CASA

Considere seriamente como manterá os ganhos obtidos nas suas habilidades de comunicação e solução de problemas. Como evitará uma "quebra de comunicação"?

1. Eu posso manter meus ganhos através do seguinte:

A. _____

B. _____

2. Definir um horário regular semanalmente para se encontrar com seu adolescente.

3. Rever os sintomas de depressão apresentados na página 43.

Parabéns por completar o Projeto para pais! A sua participação mostra que se importa com seu(sua) filho(a).

Esperamos que tenha considerado as habilidades que aprendeu úteis.

ANEXOS - Manual Pais
Formulário de Resolução de Problemas e Contrato

FORMULÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Família _____ Data: ____/____/____

Pro-
blema _____

Soluções Propostas	Avaliações		
	Adolescente	Mãe	Pai
	+/-	+/-	+/-
1. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
4. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
5. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
6. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
7. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>
8. _____ _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ **Hora:** ____H____ **Local:** _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

FORMULÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Família _____

Data: ____/____/____

Pro-

blema _____

Avaliações

Soluções Propostas

Adolescente

Mãe

Pai

+/-

+/-

+/-

1. _____

☐☐☐

2. _____

☐☐☐

3. _____

☐☐☐

4. _____

☐☐☐

5. _____

☐☐☐

6. _____

☐☐☐

7. _____

☐☐☐

8. _____

☐☐☐

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ **Hora:** ____H____ **Local:** _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

FORMULÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Família _____

Data: ____/____/____

Pro-

blema _____

Avaliações

Soluções Propostas

Adolescente

Mãe

Pai

+/-

+/-

+/-

1. _____

☐☐☐

2. _____

☐☐☐

3. _____

☐☐☐

4. _____

☐☐☐

5. _____

☐☐☐

6. _____

☐☐☐

7. _____

☐☐☐

8. _____

☐☐☐

CONTRATO

Nomes das pessoas que fazem parte deste acordo:

Pessoa A

Pessoa B

A Pessoa A concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa A irá fazer estas coisas?

A Pessoa B concorda em fazer o seguinte:

Quando a Pessoa B irá fazer estas coisas?

A Pessoa A e a Pessoa B concordam em manter este contrato por _____?
(quanto tempo?)

Se uma das partes não cumprir os termos deste contrato, o contrato será cancelado e uma reunião será agendada para negociar um novo contrato. Ambas as partes irão reencontrar-se para reavaliar o acordo na data e hora indicadas abaixo.

Data: ____/____/____ Hora: ____H____ Local: _____

Assinatura: _____
(Pessoa A)

Assinatura: _____
(Pessoa B)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

APÊNDICE VIII – Questionário Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

Dados Pessoais e de Saúde

Sexo:	Idade: _____ anos
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade: _____	

Já recorreste, no passado, a serviços de psiquiatria / saúde mental por causa de problemas psicológicos / emocionais?

☐ Sim ☐ Não

Dados do Agregado Familiar

Com quem vives? (ex. Eu, pais, irmão ...)	Tipologia familiar (a preencher pelo investigador)
_____	_____
_____	_____
Onde vives? (Concelho)	Meio:
_____	<input type="checkbox"/> Aldeia (Rural)
_____	<input type="checkbox"/> Vila (Semiurbano)
	<input type="checkbox"/> Cidade (Urbano)

Dados Relativos aos Pais

Estado Civil	
Mãe	Pai
<input type="checkbox"/> Solteira	<input type="checkbox"/> Solteiro
<input type="checkbox"/> Casada / União de Facto	<input type="checkbox"/> Casado / União de Facto
<input type="checkbox"/> Recasada / Nova União de Facto	<input type="checkbox"/> Recasado / Nova União de Facto
<input type="checkbox"/> Divorciada / Separada	<input type="checkbox"/> Divorciado / Separado
<input type="checkbox"/> Viúva	<input type="checkbox"/> Viúvo
<input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Outra: _____

Escolaridade	
Mãe	Pai
<input type="checkbox"/> Não sabe ler / escrever	<input type="checkbox"/> Não sabe ler / escrever
<input type="checkbox"/> Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/> Sabe ler e/ou escrever
<input type="checkbox"/> 1º-4º ano	<input type="checkbox"/> 1º-4º ano
<input type="checkbox"/> 5º-6º ano	<input type="checkbox"/> 5º-6º ano
<input type="checkbox"/> 7º-9º ano	<input type="checkbox"/> 7º-9º ano
<input type="checkbox"/> 10º-12º ano	<input type="checkbox"/> 10º-12º ano
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Pós-Licenciatura	<input type="checkbox"/> Pós-Licenciatura

Profissão	
Profissão da mãe: _____	Profissão do pai: _____

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

Dados Sociodemográficos

Dados Pessoais e de Saúde

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil

☐ Solteiro (a)

☐ Divorciado (a) / Separado (a)

☐ Casado (a) / União de Facto

☐ Viúvo (a)

☐ Recasado (a) / Nova União de Facto

☐ Outra: _____

Escolaridade

☐ Não sabe ler / escrever

☐ 7^o-9^o ano

☐ Sabe ler e/ou escrever

☐ 10^o-12^o ano

☐ 1^o-4^o ano

☐ Licenciatura

☐ 5^o-6^o ano

☐ Pós-Licenciatura

Profissão: _____

Situação Profissional

☐ Empregado (a)

☐ Desempregado (a)

☐ Baixa

☐ Reformado (a)

☐ Outra: _____

No caso de estar a trabalhar, qual o horário habitual de trabalho?

☐ Regular (diurno)

☐ Horário Flexível

☐ Regular (noturno)

☐ Outro: _____

☐ Por turnos

Já teve, no passado, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico devido a dificuldades psicológicas / emocionais?

☐ Sim

☐ Não

Dados do Agregado Familiar

Com quem vives? (ex. Eu, pais, irmão ...)

Tipologia familiar (a preencher pelo investigador)

Onde vives? (Concelho)

Meio:

☐ Aldeia (Rural)

☐ Vila (Semiurbano)

☐ Cidade (Urbano)

Dados relativos ao (à) seu(sua) filho (a)

Número de filhos: _____

Idade (s): _____

Dados relativos sobre o filho (a) sobre o qual está a preencher o questionário:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____

Notas adicionais

Introduza Notas Adicionais.

APÊNDICE IX – Panfleto do Projeto

Objetivos do Projeto

- Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
- Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;
- Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;
- Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
- Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

Projeto Elaborado por:

Mestre Enfermeira Rita Lourenço

Projeto Orientado por:

Mestre Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Bruno Romão
Prof. Doutor Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Jorge Almeida

Contate-nos

Enfermeira Rita Lourenço ou Enfermeiro Bruno Romão
Telefone da UP: 217 917 000
Email: rita.lourenco@estudantes.ips.pt; bruno.silva@chpl.min-saude.pt

Comunicação e Resolução de Problemas

Projeto para Adolescentes com Depressão e Pais





O projeto

Desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos no Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C.

Desenvolvimento do projeto

Baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão, utiliza partes do já existente Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

A utilização da terapia de resolução de problemas tem benefícios na melhoria dos sintomas depressivos dos adolescentes (Eskin, 2013)

Resolução de Problemas

Na adolescência pode existir dificuldade na resolução de problemas, em particular a nível familiar, uma vez que o adolescente ao longo do seu desenvolvimento psicossocial apresenta por vezes ineficácia face à capacidade para resolver estas situações adversas, em particular na presença de patologia depressiva. Tal aspeto pode facilitar o desenvolvimento de interações negativas com terceiros e consequentemente contribuir para manter ou agravar a depressão já presente no adolescente (Eskin, 2013)

Protocolo do Projeto

Existem sessões para pais e para adolescentes.

Fornecido Manual para Adolescentes e Pais.

Duração

Para os adolescentes:

- 7 sessões de grupo durante 3 semanas (em médias 3 sessões semanais).

Para os pais:

- 6 sessões de grupo durante 2 a 3 semanas (em médias duas sessões por semana).

- Uma das sessões será em conjunto com pais e adolescentes.

Local

- Pavilhão 24 A (Clínica 1) R/C.
- Os adolescentes durante o dia e os pais durante a visita.

(Obs: O horário da visita será alargado para quem participar no projeto)

APÊNDICE X – Apresentação do Projeto CRP-A/P

Diapositivo 1

COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Projeto para Adolescentes e Pais com Depressão

Elaborado por: Enfermeira Rita Lourenço
Orientado por: Mestre Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Bruno Romão, Prof. Doutor Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Jorge Almeida

problem analysis idea plan realization success

Lisboa, 5 de dezembro de 2018

Diapositivo 2

Organização da Apresentação

- Contextualização do Projeto
- Diagnóstico da Situação
- Abordagem teórica acerca da temática
- Apresentação do projeto CRP-A/ P
 - Contextualização do Estudo
 - Objetivos e Critérios de Inclusão e Exclusão
 - Metodologia do estudo
 - Apresentação das Sessões
- Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica a serem desenvolvidas
- Discussão, dúvidas e sugestões
 - Implicações na prática de cuidados
 - Dificuldades / Apoios

RL

Diapositivo 3

Objetivos

▪ Principal:

- Explicar o Projeto Comunicação e Resolução de Problemas para Adolescentes e Pais com Depressão.

▪ Secundários:

- Identificar as motivações para o desenvolvimento do Projeto CRP-A/ P;
- Definir o Diagnóstico da situação para a necessidade de intervenção no âmbito do projeto CRP-A/ P;
- Relembrar a contextualização das principais temáticas abordadas no CRP-A/ P;
- Demonstrar a metodologia utilizada no CRP-A/ P;
- Apresentar as principais competências do EESMP a serem desenvolvidas ao longo do Estágio e Projeto;
- Discutir sugestões e dúvidas sobre o CRP-A/ P.

RL

Diapositivo 4

Contextualização do Projeto

- Desenvolvido ao longo do estágio final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Anteriormente, 1º estágio do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização no Ramo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, também na Clínica 1 do Pavilhão 24 A R/ C.
- Dificuldade dos adolescentes com transtornos depressivos conseguirem desenvolver estratégias (mecanismos de *coping*) para a resolução de problemas, quer familiares quer com os pares.

Entrevistas Clínicas de Enfermagem com Estabelecimento de Relação de Ajuda Terapêutica

RL

Diapositivo 5

Contextualização do Projeto

▪ Dúvidas:

- A prevalência de adolescentes com depressão na Clínica 1 justificava a necessidade de uma intervenção / projeto direcionado?
- Que tipo de intervenção seria a mais útil face ao que tinha observado?



RL

Diapositivo 6

Diagnóstico da Situação

▪ Análise estatística dos internamentos entre 01/01/2018 e 30/11/2018 por:

- Nº internamentos total
- Nº internamento com diagnóstico de Transtorno Depressivo
- Sexo
- Faixa Etária

Dados	Total	15-18 anos
Nº Internamentos	373	?
Nº Pessoas Internadas	333	?
Nº Internamentos com Transtorno Depressivo	73	61

▪ Por entrevista com o Enfermeiro:

- Encaminhamento de Enfermagem para Centro de Saúde, sem EESMP,
- Sem consulta de Follow-Up na Clínica 1.

Dados	fR	%
Nº Internamentos com Transtorno Depressivo Total	73	21,9
Nº Internamentos com Transtorno Depressivo 15 -18 anos	61	18,3
Sexo Masculino	49	80,3
Sexo Feminino	12	19,7

RL

Diapositivo 7

Contextualização da Temática

- **Depressão:**
 - Mais de 300 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo;
 - Final da adolescência 4%, mas pode chegar aos 20% conforme as condições sociodemográficas da população.
 - Aumenta significativamente após a puberdade;
 - Mais prevalente no sexo feminino, face ao sexo masculino (2:1).
- **Abordagem Terapêutica**
 - Farmacológica
 - Não Farmacológica
 - Psicoterapias (por exemplo: Terapia Cognitivo Comportamental), entre outras
 - Psicoeducação

(OMS (2018); Merikangas, Nakamura & Kessler (2009); Thapar, Collishaw, Pine & Thapar (2012); Maughan, Collishaw & Stringaris (2013); Mojtabai, Olfson & Han (2016)) RL

Diapositivo 8

Contextualização da Temática

- **Terapia de Resolução de Problemas:**

Objetivos	Auxilia	Metodologia	Funções
<ul style="list-style-type: none">• Ensinar a abordar problemas• Desenvolver estratégias	<ul style="list-style-type: none">• Controlo Humor• Abordagem ao Stress	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação e psicoterapias• Profissionais treinados• Associado a Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none">• Soluções possíveis• Encontrar a solução mais eficaz

- **Dois RCT** (Eskin et al., 2008 e Cuijpers et al. 2007), verificaram a **eficácia** da TRP em adolescentes com depressão, contudo os estudos encontrados são maioritariamente em adultos.


(Eskin, 2013; D'Zurilla et al., 2004)

RL


Diapositivo 9

Contextualização do Projeto CRP-A/P


- O projeto CRP-A/P é baseado em atividades psicoeducacionais e intervenções cognitivo comportamentais para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).




Programa original : 16 sessões de duas horas cada durante um período de 8 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos.



Várias metodologias como o relaxamento, atividades de prazer, modificação de pensamentos negativos, competências sociais, comunicação e resolução de problemas.



Participação dos pais / cuidadores em sessões semanais (num total de nove, com duração de duas horas), nas quais são expostas as técnicas e competências que se encontram a ser apresentadas aos adolescentes.




As sessões parentais são separadas dos adolescentes, com exceção de duas, nas quais se promove uma dinâmica familiar relativamente à resolução de problemas e negociação.

RL

Diapositivo 10

Contextualização do Projeto CRP-A/P



Partes do CWD-A relativas à comunicação, negociação e resolução de problemas.

Conteúdo

7 sessões de cerca de 90 minutos cada durante um período de 3 semanas, para grupos de 4 a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

Adolescentes

Pais são encorajados a participar em sessões duas vezes por semana (num total de 6, com duração aproximada de 90 minutos).

Pais / Cuidadores

Em grupo, com uma sessão final em conjunto com os adolescentes e pais, para a resolução de problemas específicos.

Sessões

RL

Diapositivo 11

Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Critérios de Inclusão:**
 - Ter diagnóstico de depressão ou alterações de humor de acordo com o DSM-5;
 - Ter entre 15 e 18 anos de idade (5ºano ao 12ºano);
 - Competências de leitura superiores ao 5ºano.
- **Critérios de Exclusão:**
 - Diagnóstico de doença bipolar, distúrbio de pânico, distúrbio de conduta, esquizofrenia;
 - Presença de doença com défices cognitivos;
 - Risco extremo de suicídio, depressão grave.

RL

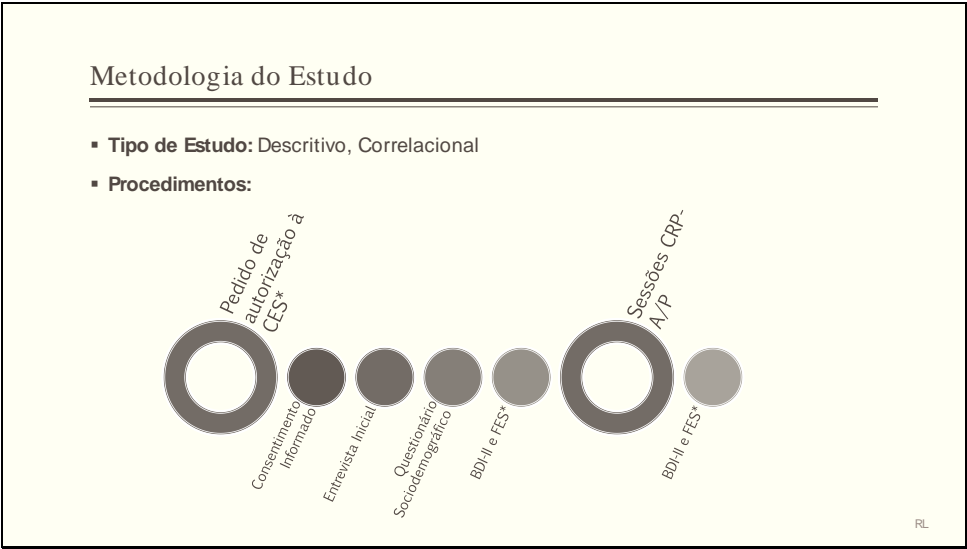
Diapositivo 12

Objetivos do Projeto CRP – A/P

- **Objetivos gerais:**
 - Reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
 - Verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.
- **Objetivos específicos:**
 - Desenvolver as competências comunicacionais, de interação social e escuta ativa dos adolescentes e pais / cuidadores;
 - Desenvolver competências com os adolescentes e pais / cuidadores, relacionadas com a resolução de problemas e negociação;
 - Melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes;
 - Aumentar a qualidade da relação entre pais / cuidadores e adolescentes, favorecendo a coesão familiar;
 - Estimular a partilha de experiências, em grupo, como metodologia de suporte e autoajuda.

RL

Diapositivo 13



Diapositivo 14

AS SESSÕES...

Manual para Enfermeiros-Adolescentes	Manual para Enfermeiros - Pais
Manual para Adolescentes	Manual para Pais

PROJETO COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM ADOLESCENTES E PAIS
RITA SOFIA PINTO LOURENÇO

PROJETO COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM ADOLESCENTES E PAIS
RITA SOFIA PINTO LOURENÇO

ORIENTAÇÃO POR INTERVENÇÃO DE ENFERMEIROS E PAIS EM SITUAÇÕES DE RISCO
ORIENTAÇÃO POR INTERVENÇÃO DE ENFERMEIROS E PAIS EM SITUAÇÕES DE RISCO

RL

Diapositivo 15

Sessões para Adolescentes e Pais

Adolescentes

Índice

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P).....3

SESSÃO 0.....11

Depressão e Competências Sociais.....11

SESSÃO 1.....30

Comunicação 1.....30

SESSÃO 2.....42

Comunicação 2.....42

SESSÃO 3.....64

Negociação e Resolução de Problemas 1.....64

SESSÃO 4.....78

Negociação e Resolução de Problemas 2.....78

SESSÃO 5 Conjunta.....90

Negociação e Resolução de Problemas 3.....90

SESSÃO 6.....98

Prevenção, Planeamento e Término.....98

Pais

Índice

Protocolo do Projeto Comunicação e Resolução de Problemas com Adolescentes e Pais (CRP-A/P).....3

SESSÃO 0.....11

Depressão e Competências Sociais.....11

SESSÃO 1.....27

Comunicação 1.....27

SESSÃO 2.....39

Comunicação 2.....39

SESSÃO 3.....53

Negociação e Resolução de Problemas 1.....53

SESSÃO 4 Conjunta.....72

Negociação e Resolução de Problemas 2.....72

SESSÃO 5.....80

Prevenção, Planeamento e Término.....80

RL

Diapositivo 16

Sessões do Projeto CRP-A/P

Sessão 0 - Depressão e Competências Sociais

☐ Introdução ao Projeto

☐ Definição dos Objetivos

☐ 4.Questionário do Humor

☐ 4.Guidelines do Projeto

☐ 4.Competências Sociais

Sessão 1 - Comunicação 1

☐ Princípios da Comunicação

☐ Escutar – Três Tipos de Resposta

☐ Julgar vs Compreender

Sessão 2 - Comunicação 2

☐ Expressar Sentimentos Positivos

☐ Expressar Sentimentos Negativos

RL

594

Diapositivo 17

Sessões do Projeto CRP-A/P

Sessão 3* - Resolução de problemas e negociação 1

3. Uso de Imagens Assertivas

4. Justificação para a Negociação e Resolução de Problemas

5. Regras Básicas para Resolver Conflitos

6. Definição do Problema

7. Prática de Resolução de Problemas e Escuta Ativa

Sessão 4* - Resolução de problemas e negociação 2

Brainstorming

Escolha de Soluções

Implementação e Contrato

7. Prática de Resolução de Problemas e Escuta Ativa

* A principal diferença para o Grupo de Pais reside nestas duas sessões

RL

Diapositivo 18

Sessões do Projeto CRP-A/P

Sessão 5 - Resolução de problemas e negociação 3

Sessão Conjunta

Resolução de Problemas Guiada

Sessão 6 - Prevenção, Planeamento e Término

Questionário do Humor

Manutenção de Ganhos

Reconhecimento e Prevenção da Depressão

RL

595

Diapositivo 19


Competências do EESMP

2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018



PARTE E

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 515/2018

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RL

Diapositivo 20

Discussão, Sugestões, Dúvidas

- Implicações para a prática clínica
 - Desenvolvimento das competências comunicacionais e de resolução de problemas de pais e adolescentes;
 - Capacitação dos adolescentes no internamento para a alta;
 - Reestruturação do tempo de internamento;
 - Melhoria da sintomatologia depressiva.
- Dificuldades / Apoios
 - Recursos humanos – Enfermeiros;
 - Tempo.
 - EESMP;
 - Direção Clínica – suporte para o desenvolvimento de novos projetos.

RL



APÊNDICE XI – Grelha de Avaliação das Sessões

Identificação da Sessão

Local: _____
Sessão Nº: _____
Formador: _____
Data: ____/____/____

Após a realização desta Sessão, torna-se agora importante refletir sobre os conhecimentos adquiridos e a atividade educativa desenvolvida. Considera-se que a sua opinião é de elevada importância para promover a melhoria da eficiência de novas Sessões e Projetos.

Deste modo, solicita-se que seja preenchido o seguinte inquérito, de carácter confidencial, com o objetivo de se ficar a conhecer a sua apreciação acerca da sua satisfação relativamente aos objetivos, conteúdos, materiais pedagógicos e formadores durante a realização desta Sessão.

Instruções de Preenchimento:

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada em baixo, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4	5

Critério	1	2	3	4	5
Objetivos					
Classifique a clareza na definição dos objetivos da sessão.					
Classifique o grau de concordância entre as suas expetativas e os objetivos da sessão					
Avalie o grau de realização dos objetivos propostos					
Conteúdos					
Avalie a utilidade dos temas tratados para o desempenho do seu quotidiano					
Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu quotidiano					
Classifique o nível de alterações que esta formação pode provocar / estimular no humor					
Materiais Pedagógicos					
Classifique a utilização dos meios audiovisuais					
Classifique a qualidade da documentação distribuída					
Classifique a quantidade da documentação distribuída					
Formador (es)					
Domínio dos temas tratados					
Motivação da participação do grupo					
Clareza da comunicação					
Prestação de esclarecimentos					
Utilização de metodologia facilitadora de aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos					

Observações / Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE XII – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Rita Sofia Pinto Lourenço, enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, vem solicitar a participação no seu Projeto de Estágio subordinado ao tema Comunicação e Resolução de Problemas em Adolescentes com depressão e Pais, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação (2ª edição) a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, no Ramo de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sob a orientação do Mestre Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Bruno Romão e do Professor Doutor Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Jorge Almeida.

O projeto em questão diz respeito a um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, com base em intervenções psicoeducacionais e Terapia Cognitivo Comportamental, pretendendo-se reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes e verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

O projeto desenvolve-se ao longo de 7 sessões de grupo (6 para os pais), duas a três vezes por semana, nas quais serão expostas, através de diversas metodologias, os variados temas abrangidos.

Para a realização do projeto será necessário colher dados através do preenchimento de um questionário sociodemográfico, um questionário de avaliação da depressão e outro de avaliação do ambiente familiar. Estes dados serão codificados e posteriormente analisados estatisticamente.

Sublinha-se que todos os dados e informações reveladas durante as sessões são totalmente confidenciais, cumprindo-se o RGPD, em particular no nº1 do artº 9º e demais legislações relativamente à proteção de dados. Salienta-se que apenas a Enfermeira Rita Lourenço e o Enfermeiro Bruno Romão do CHPL, terão acesso aos seus dados pessoais, sendo estes recolhidos inicialmente em suporte de papel e posteriormente introduzidos em base de dados informática. Ficarão disponíveis por um período de 1 ano, sendo posteriormente destruídos. Acessoriamente, cabe o direito ao titular do presente Consentimento ou do seu representante, o direito a apresentar queixa junto da RGPD se entender que foram violados os seus dados.

Mais se informa que durante a participação deste estudo o participante não pode transmitir qualquer tipo de dados pessoais de terceiros, incluindo os da Enfermeira, carecendo para isso de consentimento prévio.

Qualquer posterior publicação do estudo não possibilitará a identificação dos participantes, tendo por base o anonimato dos participantes.

A sua participação neste estudo é facultativa e caso aceite participar poderá desistir do projeto em qualquer momento que deseje, sem qualquer tipo de prejuízo. Caso tenha qualquer tipo de dúvida poderá esclarecê-la com a Enfermeira, cujos contatos estão mencionados no final do documento.

Mais se informa que não existem riscos ou desconfortos sentidos ao preencher o questionário e que a sua participação não envolve custos ou reembolsos.

A participação neste projeto poderá melhorar os conhecimentos acerca da temática em questão, a abordagem das pessoas portadoras desta patologia, bem como potenciar as competências sociais que serão desenvolvidas, pelo que a sua participação é de elevada importância para que possam ser atingidos os objetivos deste projeto.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

A Enfermeira,
Mestre Enfermeira Rita Sofia Pinto

Contatos da Enfermeira: Rita Sofia Pinto Lourenço

Email: rita.lourenco@estudantes.ips.pt

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____,
declaro que li e compreendi as informações contidas neste documento, nos termos do RGPD e que fui devidamente informado(a) pela Enfermeira Rita Sofia Pinto Lourenço dos objetivos, dos procedimentos do projeto que serão utilizados, da confidencialidade da pesquisa, do tratamento dos dados, dos riscos e desconfortos, dos benefícios e que não haverá custos/reembolsos para os participantes. Concordo ainda em participar no preenchimento dos questionários, nas sessões de Terapia de Resolução de Problemas, bem como permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade, sendo imediatamente retirado do estudo.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

	/...../.....
Nome do Participante	Assinatura	Data

	/...../.....
Nome do Representante / Parentesco	Assinatura	Data

(Se não for o próprio participante a assinar por idade inferior a 18 anos)

	<div style="text-align: center;">X _____ Rita Lourenço Enfermeira</div>/...../.....
Rita Sofia Pinto Lourenço	Nome da Enfermeira	Data

APENDICE XIII – Artigo de Investigação

A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão: o benefício na sintomatologia depressiva

The Problem Solving Therapy applied by the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health in adolescents with depression: the benefit in depressive symptomatology

Palavras Chave: Terapia de Resolução de Problemas; Adolescentes; Jovens; Depressão; Sintomas depressivos

Keywords: Problem Solving Therapy; Adolescents; Teenagers; Youth; Depression; Depressive symptoms

RESUMO

Introdução: A adolescência é um processo constituído por inúmeras variáveis, que alternam consoante o desenvolvimento, o crescimento e a incorporação das vivências ocorridas em cada jovem nesta fase da vida. Tais aspetos podem constituir focos de possíveis alterações em diversos níveis, de entre os quais se destaca o humor. Nos distúrbios de humor na adolescência, as competências do EESMP sobressaem, em particular ao nível das intervenções psicoterapêuticas, destacando-se por exemplo a TRP que compreende um conjunto de reações cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo um tratamento pouco usual na literatura, em especial quando associado a adolescentes com depressão e sem ter anexado a si um conjunto de outras técnicas cognitivo comportamentais ou outras patologias orgânicas. Neste sentido, a presente revisão tem como objetivo primordial explicar de forma holística a TRP aplicada pelo EESMP em contexto clínico, em adolescentes com depressão, dando resposta à pergunta de investigação: Em adolescentes, a realização da Terapia de Resolução de Problemas aplicada por Enfermeiros Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, tem benefícios na sintomatologia depressiva?

Metodologia: Foi realizada a pesquisa nas bases de dados EBSCO, B-on, PubMed e Adolec, através da estratégia de investigação PICO. Foram incluídos estudos com adolescentes com depressão, que apresentem melhoria da sintomatologia depressiva após serem sujeitos a TRP. Os estudos foram avaliados segundo os critérios metodológicos do Instituto Joanna Briggs.

Resultados: Foram incluídos na síntese narrativa cinco artigos. Três estudos são recomendados pela sua eficácia no tratamento da depressão de adolescentes, enquanto que os outros dois apenas apresentam melhoria na sintomatologia depressiva. Não foi encontrado nenhum estudo cuja aplicação da TRP tenha sido realizada por enfermeiros.

Conclusão: A escassez de evidência com clara relevância científica, não permite afirmar com certeza a eficácia da TRP, no entanto as evidências mostram que existe um caminho com resultados favoráveis na utilização da TRP para adolescentes com depressão, com melhoria da sintomatologia depressiva. Apesar da parca evidência científica, a TRP pode ser aplicada por enfermeiros, quer EESMP quer generalistas.

ABSTRACT

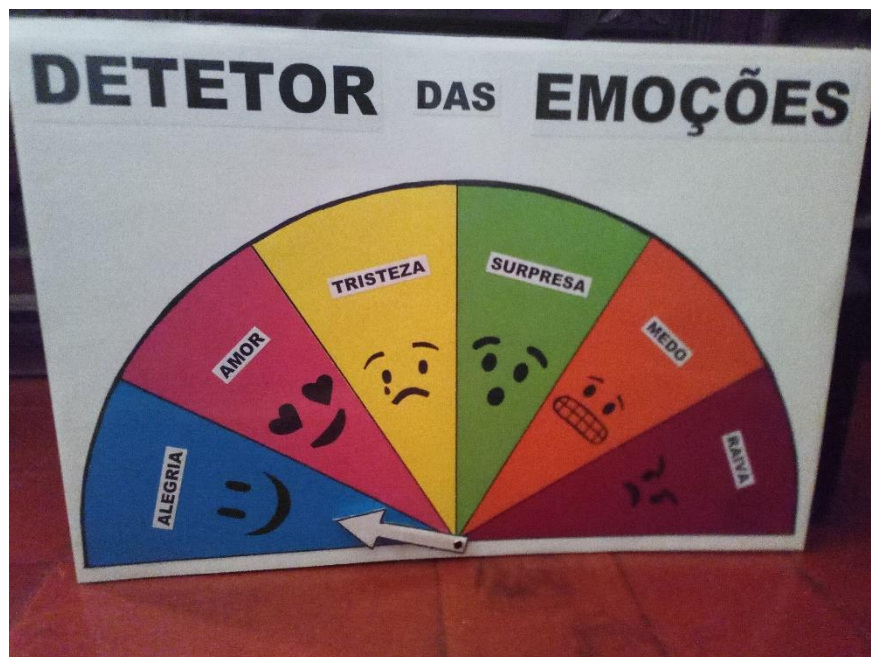
Introduction: Adolescence is a process consisting of innumerable variables, which alternate according to the development, growth and incorporation of the experiences that occur in each young person in this phase of life. Such aspects may constitute foci of possible changes at various levels, among which humor stands out. In adolescence mood disorders, the competencies of the specialist nurse in mental and psychiatric health stand out, particularly in terms of psychotherapeutic interventions, such as the TRP that includes a set of cognitive, emotional and behavioral reactions, being an unusual treatment in the literature, especially when associated with adolescents with depression and without having attached to themselves a set of other cognitive behavioral techniques or other organic pathologies. In this sense, the present review has as main objective to explain in a holistic way the TRP applied by the specialist nurse in mental and psychiatric health in clinical context, in adolescents with depression, given the research question: In adolescents, the implementation of the Problem Solving Therapy (PST) applied by Specialist Nurses in Mental and Psychiatric Health, has benefits in depressive symptomatology?

Methodology: The research was carried out in the databases EBSCO, B-on, PubMed and Adolec, through the PICO research strategy. We included studies with adolescents with depression who showed improvement in depressive symptomatology after being submitted to PST. The studies were evaluated according to the methodological criteria of the Joanna Briggs Institute.

Results: Five articles were included in the narrative synthesis. Three studies are recommended for their effectiveness in treating teenage depression, while the other two only show improvement in depressive symptomatology. No study was found whose use of PST was performed by nurses.

Conclusion: The lack of evidence with clear scientific relevance, does not allow to affirm with certainty the effectiveness of the PST, however the evidences show that there is a path with favorable results in the use of the TRP for adolescents with depression, with improvement of the depressive symptomatology. Despite the sparse scientific evidence, PST can be applied by nurses, both specialist nurse in mental and psychiatric health and general practitioners.

APÊNDICE XIV – Termómetro das Emoções e Detetor da Emoções



APÊNDICE XV – Plano de Sessão das Atividades

Plano de Sessão

Nome da Dinâmica Psicoterapêutica: Competências Sociais

Local: Sala de Dinâmicas

Data:

Hora:10H00

Formador(es): Enfermeira Rita Lourenço

Objetivos		Conteúdos	Metodologias	Materiais / Recursos	Tempo	Avaliação
Gerais	Específicos					
Promover o desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver as interações sociais dos adolescentes; Melhorar as competências comunicacionais dos adolescentes; Promover a integração do grupo de adolescentes; 	Dinâmica de grupo “Que animal sou eu?”	1. Dinâmica	1. Folhas de papel 2. Canetas 3. Lápis de cor	1. Introdução – 2 min 2. Desenvolvimento –10 min 3. Conclusão / Discussão – 10 min	1. Avaliação Contínua (observação) 2. Avaliação Qualitativa (Partilha de sentimentos e dificuldade)

	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sentimentos e emoções. 					
Promover o desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar a importância do trabalho em equipa; • Sensibilizar os adolescentes para o egoísmo. 	Dinâmica de grupo “Quem se preocupa?”	1. Dinâmica	1. Sem material	1. Introdução – 2 min 2. Desenvolvimento – 10 min 3. Conclusão / Discussão – 10 min	1. Avaliação Contínua (observação) 2. Avaliação Qualitativa (Partilha de sentimentos e dificuldade)
	<ul style="list-style-type: none"> • Expor a importância da partilha de sentimentos e problemas; • Identificar problemas; 	Dinâmica “Troca de segredos”	1. Dinâmica	1. Folhas de papel 2. Canetas	1. Introdução – 2 min 2. Desenvolvimento – 10 min 3. Conclusão / Discussão – 10 min	1. Avaliação Contínua (observação) 2. Avaliação Qualitativa (Partilha de sentimentos e dificuldade)

	<ul style="list-style-type: none"> Definir soluções para os problemas. 					
--	---	--	--	--	--	--

DINÂMICAS

Dinâmica 1: QUE ANIMAL EU SOU?

Objetivos: Apresentação e integração do grupo.

Material: Folhas de papel e lápis de cor.

Procedimento:

Desenhar um animal que represente bem a sua personalidade. Depois, todos devem trocar os seus desenhos e, cada um deve dizer ao grupo o que imaginou da maneira de ser do colega, a partir da imagem que ele criou. Com certeza, sairão imagens e descrições muito engraçadas. No final o próprio deverá descrever-se.

Discussão:

- Como se sentiram ao ser apresentados pela ideia do vosso colega?
- Como se sentiram ao apresentar-se depois pelas vossas palavras?

Dinâmica 2: QUEM SE PREOCUPA?

Objetivos: Trabalhar em equipa, pensar coletivamente, não ser egoísta.

Procedimento:

Formar vários grupos de três pessoas (atenção: deverá sobrar uma pessoa)

Cada grupo formará “a casa” (duas pessoas juntas, uma em frente à outra com as mãos levantadas, formando uma “casinha”) e um “morador” (uma pessoa ficará entre os outros dois que formam a “casa”).

- Uma das pessoas estará sozinha, sem “casa”.
- As “casas” formarão um círculo e o “morador” sem “casa” ficará no centro desse círculo.
- O dinamizador ou a pessoa que sobrar deverá dizer (para todos ouvirem) uma das três palavras indicadas em abaixo (referem-se a indicações):

- a) **“MORADOR!”** - Todos os “moradores” trocam de “casa”, devem sair de uma “casa” e ir para a outra. Não podem permanecer na mesma “casa”.

Obs: As “casas” devem ficar no mesmo lugar e a pessoa do meio, que está sozinha (o “morador”), deve tentar entrar noutra “casa”, de modo a que fique a sobrar outra pessoa, que ficará sozinha no centro do círculo.

- b) **“CASAS!”** - Dessa vez só as “casas” trocam de lugar, os “moradores” ficam parados.

Obs: As “casas” devem trocar de moradores. Assim como no anterior, a pessoa que sobra e que está no meio deve tentar ir para o lugar de alguém, formando uma “casa” com outra pessoa. Aquele que sobrar, vai para o centro do círculo e passará a ser o “morador” sem casa.

- c) **“TERREMOTO!”** - Todos trocam de lugar, quem era “casa” pode passar a ser “morador” e vice-versa.

Obs: NUNCA dois “moradores” poderão ocupar a mesma “casa”, assim como uma “casa” também não poderá ficar sem “morador”.

Discussão:

- Como se sentiram quando ficaram sem “casa”?
- Os que tinham “casa” pensaram alguma vez em dar o vosso lugar ao que estava no meio? Colocaram-se no lugar do outro alguma vez?
- Como nos sentimos ao sermos excluídos de um grupo? Porque que será que algumas pessoas não interagem com outras, e impedem os outros de entrarem no grupo?

Dinâmica 3: TROCA DE SEGREDO

Objetivo: Trocar informações sobre problemas comuns enfrentados pelos jovens, fortalecer a amizade e a união do grupo, encontrar soluções para problemas, dar a oportunidade para que os participantes exponham um problema sem se identificar.

A dinâmica para jovens intitulada a TROCA DE SEGREDO é uma atividade para grupos muito utilizada. Nesta dinâmica não é necessário que todos se conheçam, pelo que a sua realização também promove a integração dos novos elementos. Esta dinâmica pode ser realizada em grupos já formados com o objetivo de abrir discussões sobre temas recorrentes na vida dos adolescentes ou problemas que podem estar a enfrentar e sobre os quais não têm a oportunidade / capacidade de falar. Adicionalmente auxilia os adolescentes a encontrarem soluções para os seus problemas.

Material: Folhas de papel e canetas.

Procedimento:

O dinamizador deverá reunir os adolescentes numa sala ou espaço tranquilo e distribuir uma folha e uma caneta para cada um. Posteriormente orientará a dinâmica da seguinte maneira:

1. Cada um recebeu uma folha em branco e uma caneta, não é necessário colocar o nome, mas quero que cada um escreva na folha um problema pessoal, um dilema, uma dificuldade ou uma angústia pela qual estão a passar neste momento e para a qual ainda não encontraram uma solução ou não conseguiram expressar-se verbalmente com as pessoas envolvidas. Sejam sinceros, não precisam se identificar, após escreverem o problema peço que dobrem a folha em 4 e a coloquem na caixa no meio da sala.
2. Assim que todos os adolescentes terminarem de escrever os seus problemas e os colocarem dentro do recipiente o dinamizador deverá misturar os papéis e logo em seguida distribuir um para cada adolescente aleatoriamente pedindo que deixem a folha fechada até terminar de distribuir.
3. O dinamizador pede que todos abram a folha que receberam e leiam atentamente o problema ali descrito como se fosse seu, que façam uma reflexão sobre o assunto e

procurem uma solução para o problema relatado. Deve dar um tempo apropriado e enfatizar que analisem seriamente o problema como se fosse seu sem julgar.

4. Assim que todos estiverem prontos o dinamizador da atividade chamará cada um para que venha a frente e exponha o problema que recebeu e apresente uma solução a partir de seu ponto de vista. Deverá haver sinceridade, uma vez que o problema é como se fosse da pessoa e ela precisa de tomar uma decisão. Os demais adolescentes não devem opinar ou fazer comentários entre si, devem apenas ouvir o problema e a solução. Logo em seguida a pessoa senta-se e outra pessoa vai apresentar o problema repetindo o processo.
5. No final o dinamizador da atividade deverá abrir um debate entre os adolescentes e explicar que muitas vezes temos problemas para os quais não conseguimos encontrar uma solução ou então não temos coragem para nos abirmos com outras pessoas, no entanto está claro no grupo que todos temos problemas e que alguns são muito parecidos. Verificou-se que cada um pode encontrar uma solução a partir do ponto de vista de uma outra pessoa que muitas vezes não está envolvida diretamente com o problema. Então é importante que todo jovem ao se deparar com situações típicas da adolescência não se feche e procure os seus amigos e também familiares para que estes os possam ajudar com um ponto de vista diferente sobre a situação.

Discussão:

Algumas questões que podem ser feitas aos adolescentes para refletirem sobre a atividade:

- Como foi a sensação de descrever o problema?
- Como te sentiste quando ouviste o teu problema a ser relatado?
- Ao ler o texto de teu colega conseguiste colocar-te no lugar dele?
- O ponto de vista exposto pelo teu colega serviu para solucionar seu problema?

Plano de Sessão

Nome da Dinâmica Psicoterapêutica: Relaxamento na UP

Local: Sala de Dinâmicas

Data: 20 de outubro de 2018

Hora: 10H00

Formador(es): Enfermeira Rita Lourenço

Objetivos		Conteúdos	Metodologias	Materiais / Recursos	Tempo	Avaliação
Gerais	Específicos					
<p>Promover o Relaxamento Muscular Progressivo através da utilização da Técnica de Jacobson num grupo de adolescentes.</p> <p>Melhorar o controlo da ansiedade através do Relaxamento Muscular Progressivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Descrever os benefícios do relaxamento; Ensinar a Técnica de Jacobson Capacitar os adolescentes acerca da necessidade de autocontrolo e dos benefícios 	Técnica de Jacobson	<p>2. Método Expositivo</p> <p>3. Método Demonstrativo</p>	<p>4. Roupa confortável;</p> <p>5. Colchões</p> <p>6. Computador</p> <p>7. Folhas de papel</p> <p>8. Canetas</p>	<p>4. Introdução – 10 min</p> <p>5. Desenvolvimento – 30 min</p> <p>6. Conclusão – 5 min</p>	<p>3. Avaliação Contínua (observação)</p> <p>4. Avaliação Quantitativa (Análise da ansiedade / tensão antes e depois da técnica)</p> <p>5. Avaliação Qualitativa (Partilha de sentimentos e dificuldade)</p>

	inerentes à utilização do relaxamento.					
--	--	--	--	--	--	--

TÉCNICA DE RELAXAMENTO DE JACOBSON

Pertinência: As técnicas de relaxamento têm benefícios quer a nível físico quer a nível psicológico, verificando-se efetivos benefícios terapêuticos, na medida em que auxiliam os indivíduos a melhorar as suas capacidades para lidar de uma forma mais eficaz, com os sintomas físicos e também com os psicológicos que contribuem para a ansiedade.

O propósito destas técnicas compreende a diminuição dos estímulos e das perceções associadas ao sistema sensorial do corpo. Jakobson, em 1930, promoveu uma pesquisa através da reação do susto após um ruído alto e repentino e verificou que quando as pessoas são ensinadas a relaxar os músculos, não se assustam (Payne, 2000)

Como fenómenos completamente opostos e que não ocorrem ao mesmo tempo, de acordo com Jacobson, a excitação e o relaxamento estão associados à calma psíquica. A utilização deste tipo de técnicas tem resultados comprovados no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, dores cervicais e lombares, hipertensão, fobias e gaguez. (Davis, Eshelman & McKay, 2008, citados por Townsend, 2011, 231)

Constata-se que este a utilização deste tipo de técnica se torna pertinente ao nível do internamento, na medida em que este constitui um elemento gerador de stress e ansiedade, podendo a sua utilização assumir uma hipótese válida e simples no bem-estar, na qualidade de vida e no controlo sintomáticos das pessoas que sofram de alterações a este nível.

Indicação: Este treino deve ser realizado 2 vezes por dia, durante 15 a 20 minutos de cada vez.

Regras para o desenvolvimento da Técnica:

- A.** Devem estar atentos e não conversar durante o exercício de relaxamento.
- B.** Assegurar-se de que não necessitam de ir à casa de banho
- C.** Se não compreenderem alguma parte, não interrompem e seguem o passo seguinte.

Procedimento:

- Sente-se numa cadeira, preferencialmente reclinável, num sofá ou numa cama. Deverá colocar-se numa posição confortável, num local em que a intensidade da luz e

do ruído sejam reduzidos, evitando ser interrompido ou distraído. A roupa utilizada deverá ser confortável e caso utilize óculos ou lentes de contato poderá retirá-los se achar mais conveniente.

1. Fechem os olhos e mantenham-nos fechados durante o treino.
2. Vamos começar por sentir a respiração. Vamos inspirar e expirar profundamente. Sintam a vossa inspiração (4 seg). Agora expirem (4 seg). Inspirem profundamente novamente (4 seg). Agora expirem (4 seg). Repitam novamente esta etapa por mais duas vezes e percebam como a cada respiração começam a ficar relaxados.
3. Agora de olhos fechados vamos relaxar cada grupo muscular do vosso corpo. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
4. Centrem a vossa atenção na vossa mão e antebraço direito. Contraíam os músculos, fechando com força a mão direita. Sintam a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações da mão e nos músculos do antebraço (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
5. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
6. Centrem a vossa atenção no braço direito. Contraíam os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira / colchão ou empurrando o cotovelo para baixo e contra o corpo. Sintam a tensão no braço (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
7. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
8. Centrem a vossa atenção na mão e antebraço esquerdo. Contraíam os músculos, fechando com força a mão esquerda. Sintam a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações da mão e nos músculos do antebraço (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
9. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
10. Centrem a vossa atenção no braço esquerdo. Contraíam os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira / colchão ou empurrando o cotovelo para baixo e contra o corpo. Sintam a tensão no braço (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
11. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
12. Passemos agora para a parte superior da face (testa). Contraíam os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sintam a tensão na testa

- e no centro do couro cabeludo (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
- 13.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 14.** Centrem a vossa atenção na parte central da face (parte superior das bochechas e nariz). Contraíam os músculos, fechando com força os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sintam a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 15.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 16.** Centrem a vossa atenção na parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo). Contraíam os músculos, fechando com força os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg). Sintam a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 17.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 18.** Agora prestem atenção ao vosso pescoço. Contraíam os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sintam tensão no pescoço (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 19.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 20.** Centrem a vossa atenção no peito, ombros e parte superior das costas. Contraíam os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisessem tocar com um ombro no outro). Sintam a tensão no peito, ombros e costas (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 21.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 22.** Foquem a vossa atenção no abdómen. Contraíam os músculos, encolhendo com força o estômago (como que para evitar um soco). Sintam o estômago tenso e apertado (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 23.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
 - 24.** Passemos agora para a parte inferior do corpo, para os músculos das pernas. Centrem a vossa atenção nos músculos da coxa direita. Contraíam os músculos, encolhendo com força a nádega direita e ao mesmo tempo contraindo os músculos da parte superior da perna. Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
 - 25.** Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).

26. Centrem a vossa atenção nos músculos da coxa esquerda. Contraíam os músculos, encolhendo com força a nádega esquerda e ao mesmo tempo contraindo os músculos da parte superior da perna. Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
27. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
28. Centrem a vossa atenção nos músculos da parte inferior da perna direita. Contraíam os músculos, empurrando com força os dedos do pé para cima, em direção à cabeça. Sintam a tensão na barriga da perna (10 seg).
29. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
30. Centrem a vossa atenção nos músculos da parte inferior da perna esquerda. Contraíam os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça. Sintam a tensão na barriga da perna (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
31. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
32. Centrem a vossa atenção nos músculos do pé direito. Contraíam os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sintam a tensão na palma do pé (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
33. Mantenham a respiração calma e tranquila. Inspirem (3 seg) e expirem (3 seg).
34. Centrem a vossa atenção nos músculos do pé esquerdo. Contraíam os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sintam a tensão na palma do pé (10 seg). Relaxem. Reparem no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg).
35. Mantenham os olhos fechados e sintam como estão relaxados. Sintam a vossa inspiração (4 seg). Agora expirem (4 seg). Inspirem profundamente novamente (4 seg). Agora expirem (4 seg).
36. Lentamente regressem deste relaxamento (4 seg), sintam os vossos membros inferiores, (4 seg), o vosso abdómen (4 seg), os vossos membros superiores (4 seg), o vosso pescoço (4 seg), a vossa face (4 seg) e lentamente abram os vossos olhos para o mundo exterior.
37. Inspirem profundamente (4 seg) e expirem profundamente (4 seg).

ANEXOS

ANEXO I - Guia de Acolhimento

Informações Gerais

A **Clinica I – Unidade Partilhada** consiste numa estrutura com 20 camas, para internamento de utentes em situação de doença aguda e ambos os géneros, dos 15 aos 25 anos.

A **equipa terapêutica multidisciplinar** é composta por:

Psiquiatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos Clínica, Assistente Social, Educadora e Terapeuta Ocupacional.

O **programa semanal de atividades terapêuticas** pode ser consultado na sala de espera do serviço.

Todos os **contactos** solicitados para o **médico assistente** devem ser efetuados através da secretária de unidade das 9 às 12h de segunda a sexta-feira (exceto feriados) presencialmente ou por telefone.

Funcionamento

Visitas C

Horário: das 15:30 às 17:30h.

Devem acontecer apenas no espaço destinado para efeito e aí só poderão permanecer duas visitas em simultâneo.

O acesso ao interior do serviço cresce de autorização do enfermeiro responsável e requer acompanhamento do assistente operacional do serviço.

Não é permitido:

captar imagens ou som dentro do serviço;
fumar dentro das instalações.

As visitas não devem ceder quaisquer comida e objetos (tabaco, isqueiros, telemóveis e outros objetos proibidos) a Utentes que não aquele que estão a visitar e devem recolhê-los antes de ir embora. Por questões de segurança os utentes não poderão ter na sua posse objetos não permitidos.

O **desrespeito pela segurança e bem-estar dos utentes levará à suspensão da visita até indicação contrária**. As visitas só podem decorrer no exterior da Clínica mediante autorização da equipa de saúde. Qualquer alteração ao horário da visita requer autorização prévia.

Objetos não permitidos C

Estão proibidos: cintos e calção com atacadores; cordões de vestuário (de calças e/ou camisolas/casacos/sweats); colares, fios, pulseiras, fitas e ganchos; lenços e cachecóis; malas, sacos e mochilas com alças ou pegs; longas; vidros e espelhos; isqueiros/ outros inflamáveis; telemóveis/ tablets/ portáteis/ auriculares com flos; leitores MP3 ou MP4; todos os objetos de vidro, corantes ou perfurantes.

Vestuário e calção C

Todas as roupas, calção e **materiais de higiene** devem ser entregues ao assistente operacional e posteriormente triados e arrumados por este. Aconselhamos o uso de roupa confortável e prática, ténis sem atacadores e chinelos de borracha antiderrapante para o duche.

O uso de pijama ou determinado vestuário durante o dia está condicionado ao estado clínico do doente.

A roupa pessoal deve ser guardada no roupeiro existente no quarto, sem exceder a sua capacidade, facilitando a manutenção e a arrumação do quarto.

Materiais de higiene C

Poderão trazer para uso pessoal os produtos habituais (champô, gel de banho, creme hidratante, pasta de dentes, escova de dentes ou de cabelo). Estes deverão ser entregues ao assistente operacional e arrumados em local próprio. Não são permitidos recipientes de vidro ou com conteúdo alcoólico. As lâminas de barbear ou depilar são acondicionadas em saco individual e guardadas em armário fechado. A sua utilização requer supervisão de um profissional de saúde.

A Clínica I não se responsabiliza pelo extravio de qualquer produto ou material de higiene que fique na posse do utente ou guardado indevidamente no seu quarto. No quarto são apenas permitidos: pasta de dentes, escova dos dentes ou cabelo.

Alimentação C

Os doentes devem comparecer no refeitório dentro dos horários estabelecidos:

- pequeno-almoço 9:00 - 9:30
- almoço 12:30 - 13:30
- lanche 16:00 - 16:30
- jantar 18:30 - 19:30
- ceia 21:00 - 21:30

Não é permitido comer nem armazenar alimentos fora do refeitório. Qualquer tipo de comida/bebida trazida pelas visitas tem de ser consumida durante o período da visita e após validação do enfermeiro de serviço.

Utilização de tabaco C

O **consumo de tabaco é desaconselhado**, e não deve ser trazido pelos familiares e visitas. Se o entenderem fazer assumirão essa responsabilidade e só serão aceites maços fechados e previamente identificados. Todo o tabaco e isqueiros devem ser entregues aos assistentes operacionais do serviço e nunca aos utentes.

As visitas não podem fumar no serviço e os utentes podem fazê-lo apenas no espaço do jardim, com supervisão.

A Clínica I não se responsabiliza por qualquer extravio dos cigarros e a sua gestão é efetuada sob a orientação dos enfermeiros de serviço, até ao máximo de 8 cigarros/dia: 2 após cada refeição principal e 1 ao lanche e à ceia.

Telefonemas C

Telefonemas do exterior: são rececionados apenas das 17 às 18h. (inclusive nos fins de semana e feriados)

Telefonemas para o exterior: são realizados apenas das 11h às 12h. (inclusive nos fins de semana e feriados)

Todos os telefonemas são efetuados, na presença do enfermeiro de serviço e por si mediados em situações de crise ou conflito.

Quaisquer dúvidas devem ser esclarecidas com o Enfermeiro de Serviço quando da visita ou por via telefónica.

JOVENS E SAÚDE MENTAL

75% das doenças mentais graves iniciam entre os 15 e os 25 anos, mas a maioria dos casos não é detetada nem tratada. A depressão é a terceira principal causa de doença mental na adolescência. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. O uso de álcool e de drogas ilícitas entre os adolescentes é uma questão importante pois pode levar a comportamentos de risco e a doenças mentais irreversíveis.

O que fazer?

Há um crescente reconhecimento da importância de ajudar os jovens uma boa capacidade de gerir as suas emoções desde tenra idade, a fim de conseguirem lidar com os desafios de hoje. Promover e proteger a saúde do adolescente traz benefícios não apenas à saúde destes. Jovens adultos saudáveis são capazes de fazer importantes contribuições para a sociedade, para as famílias e para as comunidades em geral.

A **prevenção** é outro grande passo para a saúde mental dos jovens e deve começar com o proporcionar de um ambiente saudável em casa, nas escolas e nos vários contextos de vida dos jovens. A estes devem transmitir o sentimento de valorização e de reconhecimento, de segurança, num equilíbrio entre proteção e autonomia, pois os jovens devem ser capazes de fazer face, e resolver, obstáculos e problemas. É necessário promover o convívio, o diálogo, o contacto com atividades de lazer e desportivas, idealmente junto da natureza. É útil potenciar o foco do jovem no presente, e não o contagiá-lo com os muitos «se» dos adultos de hoje que vivem «stressados» e ansiosos.

A deteção de que algo “não está bem” é o passo que pode permitir intervir precocemente na doença mental no jovem. Começa com o conhecimento e compreensão dos primeiros sinais e sintomas de alerta da doença mental. O apoio psicossocial pode ser fornecido nas escolas e noutros ambientes comunitários e, é claro, o contacto com os profissionais de saúde são fundamentais para que eles possam detetar e tratar os problemas de saúde mental.

Posteriormente à alta deste serviço os utentes e famílias poderão beneficiar de um **follow-up telefónico** efetuado pelos enfermeiros especialistas da equipa com o intuito de melhorar a adesão aos tratamentos e ao projeto terapêutico delineado.

**Se tu és jovem lembra-te que a vida às vezes é motivadora e desafiante, outras vezes, é difícil e angustiante.
Nos momentos em que precisas de te sentir melhor pede ajuda, ela existe!**

GUIA DE ACOLHIMENTO Para Utentes, Familiares e amigos



Clinica I – Unidade Partilhada

O acesso automóvel é feito pela entrada norte através Rua das Murtas

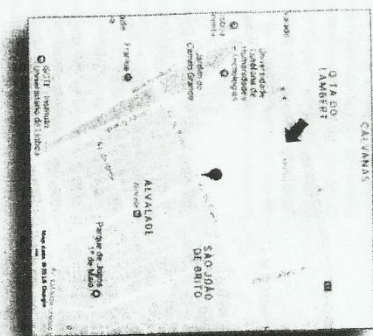
Localização:

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Avenida do Brasil n.º 53
Clinica I – Unidade Partilhada
Pavilhão 24-A/r/c
1749-002 Lisboa

Transportes Públicos:
Metro de Alvalade e
Autocarros
(206, 717, 731, 735, 750, 755, 767, 783)

Telefone

Geral: 217917000, Clinica I, Ext. 1458



A leitura deste Guia não substitui a informação dos técnicos de saúde da Clinica I e as dúvidas que tiver, devem ser esclarecidas com estes.

Versão 0.1 - dezembro de 2018

Anexo II – Programa de Atividades da UP

PLANO SEMANAL DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS DA CLÍNICA 1 – UNIDADE PARTILHADA

PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
09:30H 11:00H	REUNIÃO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	GRUPO TERAPÊUTICO Competências Sociais ⁸	Hábitos de Vida Saudável CHPL ⁷	CuidaTe ¹ Treino de ABVD w/ promoção de auto-imagem, arranjo pessoal e auto-estima	Mindfulness ²	Follow-up Telefônico Pós-alta #16/17 ⁶ 2 consultas 4 consultas 2 testes 4 testes 8 testes 12 testes	Manhã de Cinema ⁶ (visionamento e discussão de filme em grupo)
11:00H 12:30H	<i>Esquema Casos (Trecho de ABVD cálculo área saudável)</i>	Educação Sexual ³	FORMAÇÃO EM SERVIÇO	Reunião Comunitária ¹	ASK THE DOC ESCOLAÇÃO ⁴ Consultas e exames de Beto Santana Avaliação de exames e exames de Beto Santana		ou atividade alternativa planeada pelos utentes
12:30H 14:00H	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
14:00H 15:30H	Atelier de cerâmica ¹	Atividades/ dinâmicas de Grupo*	Dança terapia ¹	Grupo Aberto de Apoio às Famílias (GAAP) ⁵ (HORA DE ALMOÇO)	Passeio pelo parque ² e/ou EF**	Livre	Livre
15:30H 17:30H	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶	VISITAS e Intervenção familiar ⁶
20:00H 21:00H	Relaxamento Muscular Progressivo ⁶	Promoção da adesão à terapêutica e ao projeto pós-alta ⁶	Relaxamento Muscular Progressivo ⁶	Promoção da adesão à terapêutica e ao projeto pós-alta ⁶	Relaxamento Muscular Progressivo ⁶	Livre	Livre

*Biodanza: última terça-feira do mês

**** EF:** promoção do exercício físico no serviço por técnico (psicomotricista/fisioterapeuta) para menores de 18 anos.

- 1: Terapeuta Ocupacional e Enfermeiro
- 2: Enfermeiro e Educadora
- 3: Médico e Enfermeiro Especialista
- 4: Enfermeiro, Assistente Social, Educadora e Psicóloga
- 5: Psicóloga, Assistente Social, Enfermeiro Especialista, Terapeuta Ocupacional
- 6: Enfermeiro Especialista
- 7: Equipa Própria do CHPL
- 8: Médico, Enfermeiro Especialista e Psicóloga

ANEXO III – *Family Environment Scale*

FES

(Moos & Moos, 1986, traduzida e validada por Matos & Fontaine, 1992)

Identificação

Local da Entrevista: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Instruções: Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações sobre a sua família. Leia atentamente cada uma das frases e assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime as suas relações familiares com as pessoas com quem vive atualmente, tendo em conta as seis alternativas de resposta:

Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6

Afirmações

	1	2	3	4	5	6
1. Na minha família ajudamo-nos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quase sempre na minha família não contamos o que sentimos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Na minha casa zangamo-nos muitas vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Normalmente quando estamos em casa parece que só estamos a passar o tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Em casa podemos falar de tudo o que queremos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As pessoas da minha família mostram poucas vezes que estão zangadas,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gostamos bastante de fazer coisas em família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando descarregamos os nossos problemas, há sempre alguém que fica preocupado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As pessoas da minha família às vezes ficam tão nervosas que atiram coisas pelo ar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentimo-nos muito unidos na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Contamos uns aos outros os nossos problemas pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quase nunca as pessoas da minha família perdem a cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5	6
13. Normalmente ninguém se oferece para fazer alguma coisa que tem de ser feita em casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se nos apetece fazer qualquer coisa em cima da hora, então fazemo-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas da minha família criticam-se muitas vezes umas às outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Podemos realmente contar uns com os outros na minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Em minha casa há sempre alguém que se aborrece quando alguém se queixa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. As pessoas da minha família às vezes agridem-se fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Na minha família sentimo-nos pouco unidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. As questões de dinheiro e de pagamento de contas são faladas abertamente na minha casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se existe alguma zanga na minha família tentamos esconder o problema e manter a paz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nós damo-nos mesmo bem uns com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Geralmente temos cuidado com o que dizemos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Na minha família cada um quer ser melhor que o outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Temos muito tempo e atenção uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Na minha família começamos muitas vezes a conversar sobre várias coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Na minha casa achamos que não serve de nada estar a gritar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas Adicionais

Escala não utilizada por não haver autorização dos autores

**ANEXO IV – Autorização para a utilização da escala
BDI – II e do Programa CWD-A**

Re: Pedido de autorização para a utilização da tradução e validação da escala BDI-II

Rita Sofia Pinto Lourenço

qua 10-10-2018 19:46

Itens Enviados

Para: Emanuel Ponciano <eponciano@sapo.pt>;

Dr. Ponciano,

Grata pela sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Lourenço

De: Emanuel Ponciano <eponciano@sapo.pt>

Enviado: 10 de outubro de 2018 07:03:15

Para: Rita Sofia Pinto Lourenço

Assunto: Re: Pedido de autorização para a utilização da tradução e validação da escala BDI-II

Ex.ma Sr.a

D.a Rita Lourenço

Obrigado pelo seu gentil email. No que me diz respeito não vejo qualquer inconveniente na utilização da escala que traduzi e validei.

Resta-me desejar-lhe uma boa investigação e um bom sucesso académico e profissional.

Cordiais saudações académicas

Emanuel Ponciano, MD, PhD

On 10-10-2018 00:55, Rita Sofia Pinto Lourenço wrote:

Lisboa, 10 de outubro de 2018

Ex.mo(a) Sr.(a) Dr.(a) Emanuel Ponciano

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da tradução e validação da escala BDI-II na realização de Projeto de Estágio no âmbito do 2º Mestrado em Associação do Ramo de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Rita Sofia Pinto Lourenço, enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, vem solicitar a autorização para utilizar a tradução e validação da escala BDI-II no seu Projeto de Estágio subordinado ao tema Comunicação e Resolução de Problemas em Adolescentes e Pais, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação (2ª edição) a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, no Ramo de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sob a orientação do Enfermeiro Especialista Bruno Romão e do Professor Doutor Jorge Almeida.

O projeto Comunicação e Resolução de Problemas em Adolescentes e Pais (CRP-A/P) diz respeito a um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, com base em intervenções psicoeducacionais e Terapia Cognitivo Comportamental para adolescentes com depressão e utiliza partes do já existente *Adolescent Coping with Depression Course* (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn, and Hops, 1990).

Com o desenvolvimento deste projeto pretende-se reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes e verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

Pede deferimento.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Rita Lourenço

Estudante: 170531077@estudantes.ips.pt, Curso: Mestrado em Enfermagem, Escola: ESS

RE: Application for authorization for the use of elements of the CWD-A

Clarke, Greg <Greg.Clarke@kpchr.org>

qua 10-10-2018 21:19

Para: Rita Sofia Pinto Lourenço <rita.lourenco@estudantes.ips.pt>;

I approve of your translation and reorganizing the CWDA materials as you state below. Best of luck, Greg Clarke

From: Rita Sofia Pinto Lourenço <rita.lourenco@estudantes.ips.pt>
Sent: Wednesday, October 10, 2018 11:44 AM
To: Clarke, Greg <Greg.Clarke@kpchr.org>; Clarke, Greg <Greg.Clarke@kpchr.org>
Subject: Application for authorization for the use of elements of the CWD-A

Caution: This email came from outside Kaiser Permanente. Do not open attachments or click on links if you do not recognize the sender.

Lisbon, October 11, 2018

Dear Doctor Greg Clarke,

How did you do?

Subject: Application for authorization for the use of elements of the CWD-A in the realization of an Internship Project within the framework of the 2nd Masters in Association of the Specialization Branch of Mental and Psychiatric Health Nursing

Rita Sofia Pinto Lourenço, a nurse, in the Palliative Care Unit of the Local Health Unit of the Alentejo Coast, EPE, Portugal, requests permission to use some elements of the CWD-A program, in particular the sessions on Communication and Resolution of Problems in Adolescents and Parents, under the Master's Degree in Nursing in Association (2nd edition) to be held at the Polytechnic Institute of Setúbal, in the Specialization Branch of Mental and Psychiatric Health Nursing under the guidance of Specialist Nurse Bruno Romão and Professor Doctor Jorge Almeida.

Effectively, we intend to use the structure of the sessions by re-adapting their content to the Portuguese adolescents, as well as the parents and their daily problems.

The development of this project aims to reduce the current depressive symptoms of adolescents and to verify the existence of a benefit in the use of conflict resolution therapy in relation to the family environment of adolescents with depression.

It is added that due consideration will always be given to the obligation to identify the authors of the

CWD-A.

I remain at your disposal for any further clarification.

Ask for deference.

Thanking you for your attention,

Best regards,

Nurse Rita Lourenço

Estudante: 170531077@estudantes.ips.pt, Curso: Mestrado em Enfermagem, Escola: ESS

**ANEXO V – Autorização do Conselho de Administração
e Comissão de Ética para a Saúde do CHPL**

9/18

Despacho
do
Conselho
Diretivo

Assunto: Projeto de Investigação – Comunicação e Resolução de problemas em Adolescentes e Pais

Coordenadora Científica: Prof. Doutor Jorge Almeida e Enf. Bruno Romão - IPSetubal

Investigadores: Enfermeira Rita Sofia Pinto Lourenço

Parecer da CCP:	Parecer da CES:
<p>A comissão Científica Pedagógica encontra-se em reunião de trabalho. Encontram-se a Comissão de Etre.</p>	

Comissão de Etre.

15/11/18

Teresa Mota
Diretora Clínica
Conselho Diretivo

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Avenida do Brasil, nº 53-1749-002 Lisboa – Telefone – 217917000/Fax - 217952989;
E-mail: administracao@chpl.min-saude.pt

Comissão Científica
Pedagógica p/ foi aprovada

Encontram-se a

Teresa Mota
Diretora Clínica
Conselho Diretivo
CHPL

O projeto de investigação mencionado está visando os desenvolvimentos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SMP do IPS, encontrando autorização o pedido de estágio para a Clínica 1 onde o mesmo se desenvolve. O Pedido encontra-se bem estruturado do ponto de vista dos critérios científicos - pedagógicos, existindo interesse no mesmo.

Edilene Carlos
2018.11.05

Considerando a fundamentação e a norma acima exposta, a CCP deliberou em reunião de 5 de dezembro de 2018 emitir parecer favorável e enviar à CES para parecer.
P^o Conselho Científico e Pedagógico

Paula Hilário
5.12.2018

A CES solicita parecer a DGP relativamente ao enquadramento deste projeto no âmbito do RGP.

14/12/2018
Paula Hilário

Parecer em anexo

19.12.2018

Cristina M. Pereira
Administradora Hospitalar

A CES emite parecer favorável à realização deste estudo do ponto de vista ético, salvaguardando-se o cumprimento integral de todas as indicações do Enquadramento do Protocolo de Dados do EFP, nomeadamente a obtenção do documento de consentimento informado, que deverá integrar todos os elementos expostos no parecer do EFP. Anexo-se parecer do EFP para obtenção do documento de consentimento informado.

Lisboa - 21-12-20

Paula Hilário

Processo CES 9/2018- Projeto de investigação " Comunicação e Resolução de problemas em Adolescentes e Pais"

Foi solicitado parecer pela CES do CHPL relativamente à conformidade dos termos, face à proteção das pessoas singulares no que respeita ao tratamento de dados pessoais, de um projeto de investigação denominado "Comunicação e Resolução de problemas em Adolescentes e Pais" sob coordenação dos enfermeiros Paulo Rocha e Bruno Romão, tendo como orientador o Prof. Doutor Jorge Almeida e investigadora a enfermeira Rita Sofia Pinto Lourenço, diretamente interessada neste projeto que servirá para realizar o seu projeto de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem em associação.

A finalidade do estudo é apresentada tendo por base os seguintes objetivos:

- reduzir os sintomas depressivos atuais dos adolescentes;
- verificar a existência de benefício na utilização da terapia de resolução de conflitos relativamente ao ambiente familiar dos adolescentes com depressão.

A base do estudo é a realização de sessões de terapia para resolução de conflitos a adolescentes e pais/cuidadores, a par da aplicação de questionários e de escalas de avaliação, por forma a explicar a psicopatologia da depressão; desenvolver as competências com os adolescentes e pais, relacionadas com a resolução de problemas; melhorar o funcionamento psicossocial dos adolescentes; aumentar a qualidade da relação entre pais e adolescentes; estimular a partilha de experiências em grupo como metodologia de suporte e autoajuda.

Pretende-se que as sessões de grupo se realizem na Unidade para Adolescentes e Jovens Adultos do CHPL a pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, com diagnóstico de depressão ou alterações de humor e possuindo competências de leitura superiores ao 5º ano.

Pressupostos

O responsável pelo tratamento dos dados é num primeiro momento o Conselho Diretivo do CHPL e posteriormente a investigadora, que não é profissional da instituição (que portanto não se encontra sob o poder hierárquico/funcional do CD do CHPL), e que atua neste caso movida por um interesse próprio, a realização do seu projeto de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem em associação.

1. Entendo que neste contexto não estamos sob a previsão do artº 26º do RGPD, por não se tratar de uma responsabilidade conjunta de tratamento, dado que a finalidade do mesmo não é determinada em conjunto, mas sim perante uma sucessão de responsáveis, terminando a do CHPL quando fica identificado o universo dos potenciais participantes, momento em que passa a ser responsável a investigadora.
2. Não se referindo no pedido apresentado, fica assim desde já garantido que não existe consulta, nem acesso durante a realização do projeto a processos clínicos ou a dados pessoais das pessoas envolvidas, existentes em quaisquer suportes físicos ou informáticos pertencentes ao CHPL (não havendo portanto transcrição dos mesmos), salvo os estritamente necessários à seleção da amostra que deve ser efetuada com base na anonimização.
3. Cada participante ou seu representante legal deve ser clara e inequivocamente informado sobre os termos do estudo, âmbito da respetiva participação e objetivos a atingir, pelo que consta do processo uma minuta de consentimento a ser assinada, previamente à respetiva inclusão no projeto.

Parecer

1. No âmbito do presente projeto serão tratados dados pessoais, especiais, conforme descritos no nº 1 do artº 9º do RGPD.
2. Pode existir fundamento para afastar a proibição de tratamento destes dados, considerando o disposto na alínea j) do nº 2 do art.º 9º do RGPD, desde que em conformidade com o disposto no nº 1 do seu art.º 89º e desde que o CHPL condicione a autorização à apresentação pública do trabalho e respetivas conclusões, ficando com a prerrogativa de implementar as medidas preconizadas na investigação. Se forem respeitadas tais condições o tratamento dos dados pode ter enquadramento em investigação científica com a eventualidade de um interesse público subjacente, por existir a possibilidade de utilizar as conclusões do estudo na melhoria das condições de assistência dos doentes.
3. A investigadora, apesar de não ser uma profissional afeta ao CHPL, está sujeita à obrigação de sigilo profissional por estar integrada na carreira de enfermagem e exercer funções na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE.
4. Não existe tratamento de dados contidos em processos clínicos, restringindo-se a metodologia proposta à realização de sessões de grupo e preenchimento de inquéritos que não devem conter dados que permitam identificar o respetivo participante.

5. Importa garantir que o titular dos dados é informado que a participação na investigação transfere a responsabilidade pela integridade e segurança dos dados obtidos nas sessões de grupo e nos inquéritos, para a investigadora que assumirá todos os deveres constantes do RGPD, devendo igualmente informar de imediato o Conselho Diretivo do CHPL ou o respetivo EPD, caso ocorra violação dessa integridade.
6. Os dados, deverão ser anonimizados e limitados (princípio da minimização) à específica finalidade do estudo, devendo portanto adaptar-se os inquéritos à recolha das informações absolutamente essenciais e apenas utilizadas para a finalidade descrita (princípio da finalidade).
7. Considerando que o consentimento tem que consubstanciar-se num ato expresse e positivo e que a informação a prestar ao titular dos dados deve ficar registada por forma a garantir a prova dessa prestação, a minuta de consentimento para participação no estudo que foi elaborada e proposta não respeita os requisitos exigidos, devendo nela estar expressos os seguintes elementos:
 - existência de capacidade jurídica do titular para poder dispor livremente dos seus dados pessoais;
 - caso não tenha essa capacidade deve fazer-se prova de quem é o respetivo representante legal por forma a validar o consentimento;
 - responsável pelo tratamento dos dados e seus contactos (vide pressuposto 1);
 - garantia de que os responsáveis conhecem e cumprem o RGPD e demais legislação sobre a matéria relativa à proteção de dados pessoais;
 - encarregado de proteção dos dados e seus contactos;
 - finalidade do estudo;
 - prazo de conservação dos dados contidos em formato áudio e outros dados pessoais;
 - informação sobre todas as bases de tratamento dos dados recolhidos durante o estudo e quem tem acesso aos mesmos;
 - carácter facultativo da participação no estudo, sendo claro que nenhuma consequência negativa pode advir para o titular caso o consentimento não seja dado ou venha a ser retirado;